RAI-institution version 2.0

Manuel de formation et guide d'utilisation

Inter*RAI*

Coordination

John N. Morris
Katharine Murphy
Sue Nonemaker

Traduit sous la direction de
Henriette Gardent, Jean-Noël DuPasquier
Jean-Claude Henrard

2002
ÉDITIONS DE L'ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Édition originale américaine :
Long Term Care Resident Assessment Instrument. User's Manual, version 2.0.
Inter*RAI*, October 1995.
Copyright by Inter*RAI* Corporation, Ann Arbor, MI, 1995.
Copyright de la traduction française : Inter*RAI* Corporation, 2002.

Ce manuel d'utilisation du RAI pour les personnes résidant en établissements de soins de longue durée a été réalisé à la demande de la *Health Care Financing Administration* ou HFCA (États-Unis). Aux États-Unis, ce document appartient au domaine public et peut être copié librement. Dans tous les autres pays, il est sous *copyright* de la société Inter*RAI*. Il remplace le manuel original (*RAI Training Manual and Reference Guide*) paru aux États-Unis en décembre 1990 (version française de 1993).

Les auteurs de cette deuxième édition sont John N. Morris, Katharine Murphy, Sue Nonemaker, Gloria Smit, Allan Stegemann, Janne Swearangen et David Zimmerman. Ont également été associés à cette édition les membres de la société Inter*RAI*.

Les auteurs du manuel original de 1990 sont : John N. Morris, Katharine Murphy, Sue Nonemaker, Catherine Hawes, Charles Phillips, Brant Fries et Vincent Mor. Ils ont également contribué à la révision du chapitre 3 de la présente version de ce manuel.

Pour toute information concernant le *RAI-institution*, contactez :

Professeur Jean-Claude Henrard
Centre de gérontologie, hôpital Sainte-Périne
49, rue Mirabeau
75016 Paris - France
Tél. 01 44 96 32 04
jean-claude.henrard@spr.ap-hop-paris.fr

Jean-Noël DuPasquier
Me-Ti S.A.
20, avenue Cardinal-Mermillod
1227 Carouge, Suisse
Tél. 41 22 301 35 00
jndupasquier@geneva-link.ch

Prof. Katherine Berg, Ph.D., P.T.
École de physiothérapie et ergothérapie
Université McGill
3654 Promenade Sir-William-Osler
Montréal, Québec, Canada H3G 1Y5
Tél. 514/398-6750 ; Fax : 514/398-6360
katherine.berg@mcgill.ca

SOMMAIRE

Préface à l'édition française de la version 1.0 du *RAI* 5
Préface à l'édition française de la version 2.0 du *RAI* 7

Chapitre 1 Vue générale du RAI 9

Chapitre 2 Utilisation du RAI. Procédures et suggestions pour l'intégration dans la pratique clinique 13

Chapitre 3 Commentaire point par point du MDS version 2.0 35
Formulaire d'identification 42
Informations de base à l'admission 46
MDS 56

Chapitre 4 Consignes pour l'utilisation des guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD) 175

Chapitre 5 De l'évaluation au plan de soins individualisé 209

Chapitre 6 Les guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD) 217
GAD 1 État confusionnel aigu (*delirium*) 218
GAD 2 Perte cognitive/démence 224
GAD 3 Fonction visuelle 234
GAD 4 Communication 238
GAD 5 Activités de la vie quotidienne (AVQ), potentiel de réadaptation fonctionnelle 241
GAD 6 Incontinence urinaire et sonde à demeure 247
GAD 7 Bien-être psychosocial 256
GAD 8 Troubles de l'humeur 259
GAD 9 Problèmes de comportement 263
GAD 10 Occupations 269
GAD 11 Chutes 274
GAD 12 État nutritionnel 278
GAD 13 Alimentation par sonde 282
GAD 14 Déshydratation/équilibre liquidien 287
GAD 15 Soins dentaires 291
GAD 16 Escarres 296
GAD 17 Utilisation des psychotropes 299
GAD 18 Contention physique 308
GAD 19 Douleur 313
GAD 20 Soins palliatifs 316
GAD 21 Maltraitance 321
GAD 22 Problèmes de la peau et des pieds 325

ANNEXES 329
Annexe 1 Liste des personnes ayant contribué à la traduction française de ce manuel 330
Annexe 2 Les formulaires 331
Annexe 3 Techniques d'entretien 359
Annexe 4 Quelques médicaments communément prescrits. Principes actifs et noms déposés en France 360
Annexe 5 Échelle de performance cognitive (CPS) 362
Annexe 6 Sources d'information sur le RAI et indications bibliographiques 364
Annexe 7 Index par thèmes 365

REMERCIEMENTS

Les personnes suivantes, membres de la société Inter*RAI*, ont participé aux réunions de la société au cours desquelles la version 2.0 du RAI-institution a été discutée. Les expériences tirées de l'application du RAI dans ces différents pays ont largement contribué à l'amélioration de l'instrument.

Allemagne	Vjenka Garms-Homolova
Angleterre	G. Iain Carpenter et David Challis
Canada	Katherine Berg et John P. Hirdes
Danemark	Marianne Schroll
Finlande	Harriet Finne-Soveri et Magnus Bjorkgren
France	Henriette Gardent et Jean-Claude Henrard
Islande	Palmi Jonsson
Italie	Roberto Bernabei et Antonio Sgadari
Japon	Naoki Ikegami et Keita Yamaguchi
Norvège	Jan Bjornson
Pays-Bas	Dinnus Frijters et Miel Ribbe
République tchèque	Eva Topinkova
Suède	Gunnar Ljunggren
Suisse	Jean-Noël DuPasquier et Ruedi Gilgen
États-Unis	Brant E. Fries, Catherine Hawes, Vincent Mor, John N. Morris, Katharine Murphy, Sue Nonemaker, Charles Phillips, Terry Rabinowitz, Knight Steel, Sylvia Sherwood, David R. Zimmerman, Margaret M. Baumann

Préface à l'édition française de la version 1.0 du RAI

Dans tous les pays occidentaux, les soins aux personnes dépendantes représentent une part toujours plus importante du budget de la santé. L'évaluation des besoins de cette population est indispensable pour assurer à la fois des soins appropriés et une répartition équitable des ressources. Or les instruments nécessaires à cette évaluation se limitent le plus souvent à une description du degré de dépendance de la personne. En cela, ces instruments peuvent satisfaire les besoins des gestionnaires, pour leurs calculs de dotation en personnel ou de budget, mais pas ceux du personnel soignant [1]. En effet, par leur approche même (mesure des pertes et déficits de la personne), ces instruments proposent une vision réductrice des soins. Par ailleurs, ils incitent les soignants à exagérer la gravité des états de dépendance observés, dans la mesure où la dotation en personnel et financière de l'établissement sera liée à la « lourdeur des cas ». Enfin, ces instruments ne s'intéressent pas à la qualité de l'action des professionnels et ne permettent pas de l'évaluer.

Le *Resident Assessment Instrument* (*RAI*) a retenu notre attention justement parce qu'il apporte des réponses différentes à ces questions et ouvre de nouvelles perspectives sur bien d'autres points. Le RAI propose non seulement une description de l'état du résident d'un établissement de soins (en tenant compte des déficits *et* des ressources de la personne), mais également des pistes de réflexion et d'action qui guideront les professionnels dans la démarche de soins, de telle sorte que les soignants soient directement intéressés par la qualité des données récoltées. Ainsi, le RAI se présente-t-il comme un instrument explicitement conçu pour les soignants, favorisant une approche interdisciplinaire et une démarche de soins structurée (plan de soins), dans le but d'inciter à une amélioration de la qualité des soins. Ce caractère de support et de guide pour les soins se traduit par la subdivision en trois parties de l'instrument :

1. Le *Minimum Data Set (MDS)* est un recueil systématisé des données relatives au résident.
2. Sur la base de ces données, un *tableau d'alarme* signale à l'équipe soignante les domaines où il est possible d'intervenir.
3. Pour chacun de ces domaines d'intervention, un *protocole* propose à l'équipe des éléments de réflexion ainsi que des directives pour l'action.

On voit donc que le RAI offre aux soignants une dynamique les conduisant vers l'élaboration de plans de soins individualisés, l'hypothèse étant que les problèmes de qualité dans les établissements de long séjour proviennent notamment de l'absence de perspectives de changement et de la difficulté d'établir des objectifs stimulants lorsqu'on s'occupe d'une population définie comme « chroniquement dépendante ». En même temps, le RAI représente un excellent matériel pédagogique pour la formation continue des soignants, les protocoles constituant un véritable vade-mecum pour chacun des domaines d'intervention recensés.

Nous avons traduit ce manuel dans la perspective de tester la validité et l'acceptabilité du RAI dans les pays francophones. Ce faisant, nous avons accepté les contraintes d'une traduction fidèle à l'original américain, sans adjonctions ni modifications, afin de garantir la plus grande homogénéité possible dans l'utilisation de l'instrument. En effet, si les tests sont concluants et si l'utilisation du RAI se répand,

1. Ces termes, liés au domaine de la santé, s'accordent mal aux professionnels sociaux et de l'hôtellerie dont la participation à la démarche du RAI est pourtant souhaitée. Nous les avons conservés parce qu'ils désignent ceux qui jouent le rôle central dans cette démarche.

il est du plus grand intérêt que nous puissions communiquer et dialoguer avec les autres utilisateurs du RAI[2], comparer nos résultats aux leurs, sans parler de l'avantage consistant à pouvoir appliquer des outils communs pour la gestion et l'analyse des données récoltées.

Cette contrainte de fidélité au texte américain explique certaines lourdeurs et répétitions dans le texte, correspondant à un style pédagogique qui ne craint pas de répéter plusieurs fois, dans des contextes différents, une même recommandation. Nous nous sommes également efforcés de nous en tenir à un langage courant afin de faciliter la lecture du texte pour l'ensemble de l'équipe soignante, personnel qualifié ou non.

Nous avons toutefois simplifié, dans la mesure du possible, les dénominations des professions mentionnées, chaque pays ayant ses spécificités et le RAI ne donnant pas de consignes impérieuses quant à la répartition des tâches puisqu'il se veut un instrument favorisant le dialogue entre les différents membres de l'équipe. Lorsqu'aucun terme ne correspondait à l'usage de tous les pays francophones, nous en avons choisi un en indiquant les synonymes entre parenthèses. Bien que nous sachions que les résidents sont le plus souvent des résidentes et les soignants des soignantes, nous avons choisi, pour alléger le texte, de ne conserver que la forme masculine de ces expressions.

De nombreuses personnes en Suisse et en France ont collaboré à cette traduction, et nous leur adressons nos plus vifs remerciements. La liste de ces personnes figure dans l'annexe 1 (cf. p. 330). Nous tenons également à témoigner notre reconnaissance aux auteurs du manuel américain et notamment à Brant E. Fries de l'Institut de gérontologie de l'université du Michigan, à Ann Arbor qui nous a initiés au monde du RAI et qui a fait vérifier la fidélité de la formulation française du MDS en organisant sa rétrotraduction en américain.

Le RAI est un instrument en développement permanent. On peut donc prévoir qu'il sera nécessaire de procéder à la mise à jour de ce manuel dans une édition future. Nous serions ainsi très reconnaissants aux utilisateurs du manuel qu'ils nous signalent les imperfections qu'ils ne manqueront pas de trouver dans ces pages.

Jean-Noël DuPasquier, Anne-Marie De Roulet (Me-Ti SA)
Henriette Gardent (Fondation nationale de gérontologie)

Paris et Genève, septembre 1993

2. Outre les États-Unis, des études en vue de l'implantation du RAI sont en cours en Allemagne, au Danemark, en Espagne, en Grande-Bretagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Suède, en Australie, au Japon.

Préface à l'édition française de la version 2.0 du RAI

Depuis la parution en 1993 de la première version de la méthode RAI, les raisons pour les soignants des établissements de long séjour de recourir à une démarche structurée, systématique et interdisciplinaire sont restées toujours aussi pressantes.

Les besoins des résidents de ces institutions augmentent constamment, au fur et à mesure que leur dépendance s'accroît, tandis que les moyens à disposition pour les accueillir et les soigner stagnent. La charge de travail imposée au personnel devient de plus en plus difficile à supporter et place les soignants dans une situation de double pénibilité. Fatigue physique d'abord. Fatigue nerveuse ensuite, car être en situation de « ne plus pouvoir faire ce que l'on devrait faire, alors qu'on sait le faire » procure frustration et pousse au découragement.

Bien entendu, aucune méthode, aucune technique ne peut résoudre des difficultés de cette nature et relevant de la politique de la santé qui s'est imposée jusqu'ici dans nos pays. Toutefois, il est permis de penser que, dans un tel contexte, celui ou celle qui applique une méthode rigoureuse acquerra une plus grande maîtrise de son activité professionnelle, séparera mieux l'accessoire de l'essentiel, adoptera des choix et une stratégie d'action mieux fondés, bref, se trouvera mieux armé pour faire face aux pressions multiples des clients, de leurs familles, des collègues de travail, des supérieurs hiérarchiques qu'il affronte quotidiennement, et négocier une qualité de prestations que sa déontologie lui commande.

Au travers des expériences réalisées tant en France qu'en Suisse, il se confirme que le RAI correspond à ce que les professionnels de l'hébergement de longue durée peuvent attendre d'une méthode de travail : qu'elle les aide à bien travailler. Il se confirme aussi qu'un instrument comme le RAI reste un outil qui ne peut, par lui-même, remplacer celui qui l'utilise. Selon que l'environnement institutionnel, l'organisation du travail, la qualification et la motivation du personnel sont favorables ou non, l'utilisation du RAI donnera des résultats excellents ou décevants. L'illusion de « l'instrument-baguette magique » doit être abandonnée, mais ceci est maintenant de plus en plus reconnu, dans le domaine de la santé comme ailleurs.

La version 2.0 de ce manuel résulte d'une révision systématique de l'instrument RAI-institution, non de son architecture logique qui reste inchangée, mais du contenu de chaque élément qui le compose.

Premier élément de la démarche, le MDS, qui structure l'observation et l'évaluation de la situation du résident, a été revu dans chacune de ses rubriques. Certaines ont été supprimées, d'autres ajoutées. Afin d'améliorer la fiabilité de l'évaluation, certaines définitions ont été clarifiées ou complétées et les règles de codification ont été corrigées pour certaines rubriques. Tout ceci a été réalisé sur la base de l'opinion des professionnels ayant pratiqué la méthode, et après analyse critique des données récoltées avec le MDS [3]. Ces modifications se reflètent dans le chapitre 3 du manuel, lequel a dû être entièrement réécrit.

Le mécanisme de passage du MDS aux « guides d'analyse par domaine d'intervention » (GAD) [4] a également été revu à la lumière de l'expérience. Chaque signal d'alarme a été analysé statistiquement

3. Pour ne parler que des États-Unis, on dispose actuellement dans ce pays de plusieurs millions d'évaluations réalisées avec le MDS !

4. Dans la précédente édition, ces guides d'analyse s'appelaient « protocoles d'évaluation », traduction qui nous a paru, à la pratique, peu conforme à l'esprit de leur contenu.

afin d'en améliorer la sensibilité et la spécificité. Les GAD eux-mêmes n'ont pas subi de modifications notoires[5].

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, l'utilisation du RAI a impulsé la mise au point de nombreux « sous-produits » destinés à faciliter le travail des soignants et, c'est l'aspect le plus marquant, les encourager à gérer par eux-mêmes la qualité de leur travail. Ainsi, des échelles de performance ont été développées permettant d'appréhender de façon synthétique et rapide comment un résident a évolué dans le temps ou comment il se situe par rapport à d'autres groupes de résidents, dans les domaines du fonctionnement physique (échelle des activités de vie quotidienne ou AVQ), mental (échelle de performance cognitive), de l'humeur (échelle de dépression), de l'intégration sociale (échelle de participation sociale). D'autre part, des indicateurs de qualité ont été créés à partir d'une trentaine de rubriques du MDS afin de permettre aux équipes soignantes d'évaluer l'effet de leur travail sur la santé et l'état de chaque résident. Tous ces instruments dérivés du RAI ont été publiés dans la littérature et ne sont donc pas repris dans ce manuel.

Par ailleurs, des logiciels informatiques ont été développés qui permettent l'enregistrement des données du MDS, le calcul des signaux d'alarme informant les équipes soignantes sur les domaines d'intervention à considérer dans le plan de soins individualisé, le calcul des échelles de performance et des indicateurs de qualité. Ces logiciels établissent généralement aussi la classification des résidents en groupes homogènes (ou iso-ressources)[6], ce qui permet de décrire la structure de la clientèle hébergée dans chaque établissement ainsi que la charge de travail moyenne qui en découle, facilitant par là l'organisation interne de l'établissement, l'élaboration de son budget et la construction de systèmes de financement ou de remboursement.

Enfin, il convient de signaler que la méthode *RAI-institution* fait partie de la famille des instruments RAI que la société inter*RAI* a créés ou est en train de créer. Ce sont :

- *Le MDS-domicile 2.0* pour les services d'aide et de soins à domicile.
- *Le MDS-réadaptation* pour les soins post-hospitaliers (en préparation).
- *Le MDS-santé mentale* pour les soins psychiatriques aigus et chroniques.
- *Le MDS-soins aigus* pour les soins hospitaliers aux personnes âgées (en préparation).
- *Le MDS-soins palliatifs* (en préparation).

Tous ces instruments sont compatibles entre eux et permettent le suivi clinique des clients dans les différents maillons du réseau de santé.

Cette traduction a été réalisée en commun par des utilisateurs français et suisses du RAI afin de disposer d'un manuel unique pour les pays francophones. Malgré de nombreux échanges, certains termes se sont révélés irréductiblement différents. Nous avons choisi de mettre côte à côte les différentes traductions en les signalant par (F) pour France, (CH) pour Suisse et (Ca) pour Canada. Exemple : orthophonie (F), logopédie (CH).

La méthode RAI ainsi que les sous-produits qui lui sont associés sont en développement constant au sein de la société internationale inter*RAI* qui en possède les droits d'auteurs. Les personnes qui utilisent déjà la méthode sont invitées à faire part de leurs expériences et observations aux membres de la société inter*RAI* dont les noms et adresses figurent à la 2e page de ce manuel (adresses de contacts en France, en Suisse et au Canada), afin que les révisions ultérieures de la méthode puissent en bénéficier. Les personnes qui souhaiteraient utiliser le RAI sont priées de s'adresser aux mêmes personnes de contact pour en connaître les droits d'utilisation.

Henriette Gardent, Jean-Claude Henrard, Jean-Noël DuPasquier

Paris et Genève, avril 2001

5. À l'exception du GAD Perte cognitive, démence.

6. La classification des résidents en groupes homogènes dérivée des données du MDS 2.0 est plus connue sous le nom de *Resource Utilisation Groups, version 3* (RUG-III), nom du modèle statistique qui produit cette classification.

Chapitre 1
Vue générale du RAI

1.1. Présentation générale des éléments du RAI

Prendre soin des résidents dans les établissements de soins de longue durée constitue un travail complexe et un défi. Cela nécessite la mobilisation de la compétence clinique, des capacités d'observation et d'évaluation de tous les professionnels concernés afin d'élaborer des plans de soins appropriés. La méthode RAI d'évaluation du résident aide le personnel des établissements à rassembler les informations décisives sur les ressources et les besoins du résident que l'on doit prendre en considération dans un plan de soins personnalisé. Le RAI aide aussi l'équipe à évaluer la réalisation de ses objectifs et à réviser le plan de soins en conséquence, car il permet de suivre les changements dans l'état du résident.

Lorsqu'on associe une démarche d'identification de problème à des interventions cliniques réfléchies, le plan de soins devient, pour chaque résident, un moyen décisif pour atteindre ou maintenir son meilleur niveau possible de bien-être.

Le RAI aide l'équipe à considérer les résidents de façon holistique, comme des personnes pour lesquelles la qualité de vie et la qualité des soins sont liées, tout aussi importantes et nécessaires l'une que l'autre. L'usage interdisciplinaire du RAI favorise cet accent mis sur la qualité de vie et des soins. Dans les établissements qui l'ont utilisé, on a trouvé que l'implication, dans la démarche RAI, de professionnels tels que diététiciens, assistants de service social, kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, pharmaciens et animateurs a contribué à une approche plus globale du résident et renforcé la communication au sein des équipes.

C'est généralement en raison de problèmes provoqués par une détérioration de l'état physique, un déclin des fonctions cognitives ou d'autres facteurs associés, que les personnes entrent dans une institution. Leur capacité à se débrouiller seul se trouve limitée au point que, pour vivre en sécurité au jour le jour, de l'aide et des traitements médicaux leur sont devenus indispensables. Tous les professionnels et toutes les ressources nécessaires doivent être mobilisés pour leur assurer l'aide ou les traitements médicaux indispensables pour atteindre leur meilleur état de santé possible (qualité des soins) et, tout autant, leur permettre de conserver le sentiment d'être une personne à part entière (qualité de vie). Ceci est tout aussi vrai pour les résidents en établissement de longue durée que pour ceux qui sont en établissement de soins de suite pour suivre un programme de réadaptation avec la perspective de retourner dans un environnement moins contraignant.

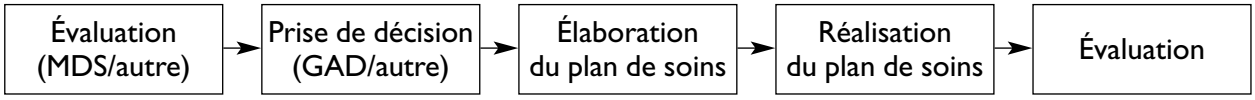
En général, au cours de ses études, chaque professionnel a été formé à la démarche d'identification des problèmes. Par exemple, pour les infirmières, ce modèle d'identification des problèmes est la démarche de soins qui comporte : une phase d'observation, élaboration puis réalisation d'un plan de soins et évaluation de ses effets. La démarche RAI apporte simplement une méthode structurée et standardisée pour mettre en œuvre cette démarche d'identification de problème dans les établissements de soins de longue durée. **Le RAI ne doit en aucun cas être une charge supplémentaire pour l'équipe soignante.**

Dans tous les bons modèles d'identification de problème on retrouve les mêmes étapes :

1. **Observation** (évaluation de la situation). Faire l'inventaire de toutes les observations, informations et connaissances dont on dispose sur le résident ; comprendre ses limites et ses points forts ; découvrir qui il est.

2. **Prise de décision.** Déterminer la sévérité, l'impact fonctionnel et l'étendue des problèmes du résident ; en comprendre les causes et les interrelations ; en d'autres termes, découvrir la nature et la(les) cause(s) de ses problèmes.
3. **Planification des soins.** Établir une ligne de conduite qui pousse le résident vers un objectif spécifique en utilisant ses atouts personnels et les savoirs des différents professionnels ; élaborer le canevas du « comment » prendre soin du résident.
4. **Réalisation.** Mettre en action cette ligne de conduite (les interventions spécifiques du plan de soins) par un personnel au courant des objectifs de soins qui ont été retenus et de la méthode choisie pour les réaliser ; mettre à exécution le « quand » et le « comment » des soins au résident.
5. **Évaluation.** Passer en revue de façon critique les objectifs du plan de soins, les interventions et leur réalisation en fonction des résultats atteints et évaluer le besoin de modifier le plan de soins (changement dans les interventions) pour l'ajuster aux changements de l'état du résident (amélioration ou déclin).

Ainsi, la démarche d'identification des problèmes apparaît comme un cheminement. Ce manuel en décrira le déroulement d'un bout à l'autre. Chaque chapitre mettra en lumière l'une des étapes successives de cette démarche.



Si vous considérez le RAI comme une démarche dynamique orientée vers la résolution de problèmes, il devient un outil très utile pour aider le personnel de l'établissement à rassembler et analyser les informations afin d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie. Dans une structure de travail déjà surchargée, le RAI offre le moyen de clarifier le rôle de chaque professionnel de santé impliqué dans une démarche d'équipe stimulante. Il n'y a pas de raison d'introduire la démarche RAI comme une tâche surajoutée ou perçue comme une charge de travail supplémentaire.

La clé pour comprendre la démarche RAI et l'utiliser avec succès est de bien avoir à l'esprit qu'elle a été conçue pour améliorer les soins apportés au résident et promouvoir sa qualité de vie. Ceci non seulement parce que la démarche suit un modèle de résolution de problème interprofessionnel, mais aussi parce toutes les équipes qui se succèdent sur les 24 heures et au cours de la semaine sont impliquées dans le partage de l'information. Il en résulte une démarche qui passe sans à-coup d'un élément au suivant en permettant une bonne communication et un suivi aisé des soins au résident. En bref, ça marche !

Au cours des années passées, depuis que le RAI a été mis en place, les institutions qui l'ont utilisé de la façon présentée ici ont découvert qu'il produit les effets suivants :

- **Les résidents réagissent positivement à des soins individualisés.** Bien que nous exposions plus loin d'autres réactions positives au RAI, il n'y en a pas de plus puissante et plus convaincante que les bons résultats obtenus pour le résident à la fois en termes de qualité des soins et de qualité de vie. Les unes après les autres, les équipes des différents établissements ont trouvé que lorsque le plan de soins est le reflet d'une attention soigneuse aux problèmes individuels et à leurs causes, associée à une approche des soins adaptée aux caractéristiques de la personne, les résidents réussissent à atteindre leurs objectifs et leur état s'améliore ou leur déclin est ralenti. Elles signalent aussi que lorsque la personnalisation de l'attention augmente, il en va de même pour la satisfaction du résident en ce qui concerne sa qualité de vie.

- **La communication entre les intervenants fonctionne mieux.** L'implication du personnel dans l'évaluation en cours et sa contribution à l'élaboration et au développement du plan de soins augmentent sa compréhension des soins et son sens des responsabilités. Le personnel de tous niveaux, y compris les aides-soignantes, se sent concerné par la démarche. La connaissance tirée d'un examen attentif des causes et des solutions possibles aux problèmes du résident (par exemple, à l'aide des GAD) incite les membres de l'équipe à la fois à affiner leur savoir professionnel et à se concentrer sur l'individualité du résident pour considérer de façon globale comment le plan de soins doit être adapté à sa personnalité.
- **L'engagement du résident et de sa famille dans les soins augmente.** Il y a eu un spectaculaire accroissement de la fréquence et de la nature de l'engagement du résident et de sa famille dans l'élaboration du plan de soins. Ils ont apporté la connaissance des atouts, problèmes et préférences du résident. L'équipe dispose d'une meilleure image de lui ; les résidents et leurs familles comprennent mieux les objectifs et les méthodes de soins.
- **L'information devient plus claire.** Quand les méthodes pour atteindre un but particulier sont précises et bien comprises, la nécessité d'une documentation volumineuse diminue. De même, quand les équipes communiquent efficacement entre elles en ce qui concerne les soins aux résidents, une paperasserie redondante n'est plus nécessaire et on ne s'empêtre plus dans des notes contradictoires. De plus, les nouveaux soignants, les consultants ou toute personne ayant à consulter les dossiers, y trouvent une information bien documentée et plus claire. Le suivi des soins et des résultats est plus facile à faire.

L'objectif de ce manuel est d'offrir des conseils clairs, à l'aide d'instructions et d'exemples, pour une utilisation efficace du RAI et, par là, d'aider les utilisateurs à obtenir les bénéfices qui ont été décrits ci-dessus.

Le RAI fournit pour chaque résident une évaluation standardisée, globale et reproductible. Il évalue sa capacité à accomplir les actes de la vie courante et identifie les déficits importants dans ses capacités fonctionnelles.

Pour l'essentiel, en accomplissant périodiquement une démarche RAI structurée et précise, les soignants obtiennent une vision authentique du résident, consignée avec cohérence. Ils peuvent alors répondre à ses besoins en se fixant des objectifs réalistes.

Par l'application fidèle des définitions des items, le RAI assure une communication aisée aussi bien à l'intérieur de l'établissement qu'entre établissements différents. Il est évident que lorsque tout le monde parle le même langage, les occasions de malentendus ou d'erreurs diminuent considérablement.

Le RAI se compose de trois parties fondamentales : **le minimum de données standardisées (MDS), le « Tableau d'alarme », les guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD)** [1]**.** Ces différents composants du RAI sont présentés en détail dans ce manuel.

L'utilisation des 3 composants du RAI produit des informations sur l'état fonctionnel du résident, ses points forts, ses faiblesses et ses priorités et, une fois les problèmes identifiés, ouvre des pistes pour approfondir l'évaluation. Chaque partie découle naturellement de la précédente de la façon suivante :

- **Le MDS.** C'est un noyau minimum de rubriques d'exploration de l'état fonctionnel et clinique du résident. Il comporte des définitions simples et les catégories de codage des items. Le MDS

1. Pour les *nursing homes* américains où l'utilisation du RAI est obligatoire, une quatrième composante essentielle de la méthode précise les « conditions de mise en œuvre du RAI », c'est-à-dire toutes les prescriptions légales et administratives édictées par le gouvernement qui fixent quand et comment le RAI doit être utilisé. Ces prescriptions étant spécifiques aux États-Unis, nous ne les avons pas gardées dans l'édition française du manuel.

constitue le fondement de l'évaluation globale pour tous les résidents des établissements de soins de longue durée. Les items du MDS standardisent la communication sur les troubles et les problèmes du résident au sein de l'établissement, entre établissements ou entre l'établissement et l'extérieur (vous trouverez un exemplaire du MDS en annexe 2, p. 334-341).

- **Le « Tableau d'alarme ».** Il présente sous forme synthétique la façon dont on passe de l'information récoltée sur l'état du résident (au moyen du MDS) aux domaines d'intervention que l'équipe soignante devrait logiquement prendre en compte lors de l'établissement du plan de soins individualisé. Ce passage MDS/GAD est souvent négligé par les équipes soignantes qui n'en voient pas immédiatement l'importance cruciale pour aboutir à un bon plan de soins.
- **Les GAD.** Chaque grande problématique de la gériatrie et de la gérontologie y est présentée et discutée. On y trouve un cadre structuré pour organiser l'information recueillie à l'aide du MDS et analyser les informations cliniquement pertinentes pour une personne particulière. Les GAD aident à identifier les problèmes psychologiques, médicaux et sociaux et constituent la base d'un plan de soins individualisé.

1.2. Suggestions pour l'utilisation de ce manuel

Ce manuel est conçu pour répondre à la fois aux besoins de ceux qui sont déjà expérimentés dans la mise en œuvre du RAI et de ceux qui commencent tout juste à travailler avec lui.

Pour ceux qui ont déjà l'expérience de l'utilisation du *RAI*, ce manuel vous présentera ce qui est « nouveau » dans sa version 2.0 et vous servira de référence. Bien que le MDS ait été modifié, la démarche et sa mise en œuvre n'ont pas changé. Vous trouverez dans le Chapitre 3 « Item par Item » (commentaire point par point du MDS) les informations nécessaires sur les nouveaux items et sur ceux qui ont été affinés ou détaillés. Vous trouverez aussi des études de cas et des exemples qui vous fourniront des indications sur la façon d'utiliser avec profit les GAD et sur le type d'informations ou de documentation à rassembler.

Si vous découvrez le *RAI* et sa démarche, ce manuel vous sera un compagnon inestimable. Tout au long, vous y verrez reparaître, comme un fil rouge, les concepts fondamentaux sur lesquels repose le RAI :

1. **Le résident est une personne unique, avec ses points forts tout autant que ses limitations fonctionnelles et ses problèmes de santé.**
2. **Les GAD présentent, pour chaque domaine problématique, les causes possibles et des conseils pour approfondir l'évaluation de la situation.**
3. **Une approche pluriprofessionnelle de la prise en charge du résident est vitale — à la fois lors de l'évaluation et dans le développement du plan de soins du résident.**
4. **Une bonne pratique clinique exige une évaluation sérieuse et complète.**

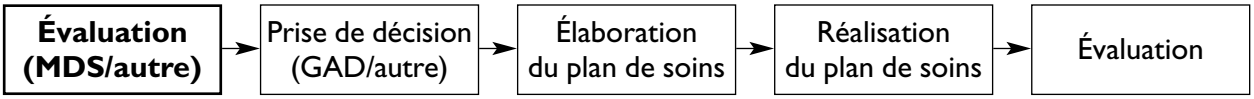
Fondamentalement, ce manuel expose un système d'évaluation pas à pas des besoins et de l'état fonctionnel du résident, fondé sur la définition standardisée des items (le MDS). Ensuite, il vous aide à examiner en détail les motifs éventuels et les facteurs de risque qui contribuent à l'état clinique du résident (les GAD). Cette documentation riche d'informations permet à l'équipe pluriprofessionnelle d'aborder les soins au résident d'une façon réaliste en se basant sur ses caractéristiques personnelles particulières.

Pour rassembler et organiser les informations, vous disposerez d'une série de formulaires adaptés que vous trouverez en annexe 2, p. 331 et qui sont présentés en détail au chapitre 3.

CHAPITRE 2

Utilisation du RAI

Procédures et suggestions pour l'intégration dans la pratique clinique



Ce chapitre présente la façon dont la démarche RAI peut être mise en œuvre dans la pratique clinique courante des établissements pour personnes âgées. Les procédures décrites et les recommandations présentées ici sont fondées sur l'expérience et les avis judicieux des personnes qui ont utilisé la démarche RAI avec succès pendant plusieurs années dans leurs établissements.

La méthode RAI pour les établissements de soins de longue durée a été le premier de la famille des instruments RAI. Il a été conçu entre 1987 et 1990, puis révisé en 1995. Depuis lors ont été développés le *RAI-domicile* et le *RAI-santé mentale* [1]. Sont en cours de développement (en l'an 2002) : le *RAI-réadaptation*, le *RAI-soins aigus* et le *RAI-soins palliatifs*. Tous ces instruments sont construits selon la même philosophie et démarche et ils possèdent un noyau commun de rubriques identiques.

2.1. Bases et utilisation réglementaires aux États-Unis

Aux États-Unis et dans quelques autres États, la mise en œuvre de la démarche RAI est obligatoire. Elle y sert d'outil d'accréditation et de base au financement des établissements d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées et d'autres populations comme les personnes handicapées.

Grâce à une évaluation détaillée, précise, standardisée et reproductible des capacités fonctionnelles de chaque résident dans les établissements d'hébergement et de soins de longue durée, elle aide le personnel de l'établissement à identifier leurs problèmes de santé et à offrir des soins de qualité.

2.2. Contenu du RAI

Le RAI comporte au minimum :

1. **Le minimum de données standardisées (*Minimum Data Set*) ou MDS.**
2. **Le tableau d'alarme.**
3. **Les guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD) [2].**

1. Actuellement (en 2002), le *RAI-domicile* existe en version française. Le *RAI-santé mentale* n'a pas encore été traduit en français.

2. En anglais : *Resident Assessment Protocols (RAPs)*.

Vous trouverez présenté dans ce manuel **le MDS officiel**, celui qui doit être rempli pour chaque résident quand une évaluation complète est réalisée dans le cadre de la démarche RAI. Dans certains cas particuliers, des items ont été ajoutés pour des besoins spécifiques (à un établissement, à une enquête, etc.). C'est le cas des sections S, T et U.

Vous trouverez aussi dans ce manuel un formulaire pour une évaluation trimestrielle simplifiée (voir la liste des items p. 23 et à l'annexe 2 p. 343). Vous trouverez aussi en annexe 2 un formulaire pour une évaluation trimestrielle plus complète p. 346, qui permet, en plus, de calculer des groupes iso-ressources (RUG III).

Le contenu, l'ordre et les définitions des items du MDS de base (celui qui est présenté ici) doivent être respectés. L'utilisateur n'a pas le droit de modifier les rubriques du MDS. Toutefois, s'il le souhaite, il peut créer des items supplémentaires et les ajouter à la fin du formulaire (section S). Cette règle s'applique également au formulaire pour évaluation trimestrielle.

Avec l'autorisation des auteurs, les établissements disposent d'une certaine flexibilité dans la présentation du formulaire (par exemple, choix des caractères, utilisation de couleurs pour le codage, indication des signaux d'alarme sur le formulaire d'évaluation). Ils peuvent aussi utiliser des sorties d'ordinateur, pour autant que le formulaire local qui se trouve dans le dossier du résident représente fidèlement et complètement le formulaire officiel. Ceci s'applique tant aux formulaires pré imprimés qu'aux documents produits par ordinateur. Au cas où l'utilisateur a créé des items supplémentaires et les a introduits dans son logiciel informatique, il doit pouvoir en tout temps « extraire » et imprimer le MDS de façon à reproduire le formulaire MDS d'origine (c'est-à-dire, utilisant exactement les mêmes termes, définitions et le même ordre des items).

Chaque fois qu'une évaluation complète est effectuée, on remplit :

- **Un MDS comportant tous les items du MDS et éventuellement les items particuliers.**
- **Le « Tableau d'alarme » s'il n'est pas généré automatiquement par un logiciel.**
- **Le formulaire « Récapitulation des GAD » sur lequel doivent être indiqués les GAD qui ont été « pointés » à l'aide du « Tableau d'alarme », l'endroit où sont conservées les informations collectées pendant l'étude des GAD et les décisions finales concernant le plan de soins.**

Le schéma 1 présente la structure d'ensemble de la démarche RAI :

MDS + Signaux d'alarme
+ Étude des GAD
(évaluation globale de l'état du résident)
Mise en pratique
des recommandations
Décision et mise en œuvre
du plan de soins

SCHÉMA 1 : La démarche RAI

Le **MDS** constitue la base fondamentale d'une évaluation complète et détaillée. Ce formulaire recueille un ensemble d'informations de base pour l'évaluation et le dépistage des problèmes. Il comporte des définitions standardisées et les modalités de codage.

Les **signaux d'alarme** identifient les résidents qui présentent ou risquent de développer des problèmes particuliers et dont la situation nécessite une évaluation supplémentaire à l'aide des GAD inclus dans la démarche RAI. On trouvera la liste des signaux d'alarme spécifiques à un problème donné en tête du GAD correspondant. L'ensemble de tous les signaux d'alarme se trouve sous forme synthétique sur le **« Tableau d'alarme »** (voir annexe 2, p. 351). Reportez-vous aussi aux GAD (chapitre 6) pour examiner ces items et les recommandations qui les accompagnent.

Une fois que vous vous serez familiarisé avec les « signaux d'alarme » et les « recommandations » des GAD, le « Tableau d'alarme » vous sera très utile : il vous servira de résumé de tous les signaux d'alarme. Notez que, par rapport à la version 1.0, les symboles de ce formulaire ont été changés et la procédure améliorée. Le « Tableau d'alarme » récapitule les réponses à un item du MDS qui « pointent » un GAD particulier.

Les GAD fournissent un cadre structuré, orienté vers les problèmes pour organiser l'information fournie par le MDS ou toute autre source clinique pertinente sur les problèmes de santé ou l'état fonctionnel d'une personne. Quels sont les problèmes qui nécessitent une attention immédiate ? Quels sont les facteurs de risque importants ? Le résident présente-t-il des particularités qui pourraient vous entraîner à agir d'une façon inhabituelle ? La réponse à de telles questions est de la responsabilité de l'équipe soignante. Les informations recueillies à l'aide du MDS et des GAD constituent le fondement d'un plan de soins personnalisé.

Le *plan de soins* d'un résident particulier doit être réexaminé, et révisé si nécessaire, chaque fois qu'une évaluation complète est réalisée. Selon les cas, on choisira de modifier le plan de soins initial ou d'en développer un nouveau.

Toutes les informations pertinentes quant à l'état du résident ne sont pas nécessairement incluses dans le RAI. Des informations supplémentaires utiles seront consignées dans son dossier. Les comptes rendus d'observation, les notes de suite, les courbes, graphiques ou tableaux d'évolution spécifiques à l'établissement font partie de ce type de document.

2.3. À quels résidents le RAI est-il applicable ?

Évaluer un résident à l'aide du MDS suppose généralement qu'on a pu l'observer pendant une semaine ou deux. Dès lors, il est logique que le RAI s'applique pour toute personne **séjournant plus de 14 jours** dans l'établissement.

Pour un séjour bref ou de répit, étant donné la nature des admissions, les membres de l'équipe pourraient ne pas disposer de toute l'information demandée pour remplir le MDS avant la sortie du résident (par exemple, le médecin n'est pas disponible, la famille ne peut fournir des informations sur les habitudes quotidiennes du résident). Dans ce cas, il convient d'utiliser la convention pour « absence d'information » : **« NSP »** (« ne sait pas ») ou un tiret entre parenthèses « **(-)** » (voir p. 30 pour plus d'information). Les résidents en séjour de répit qui entrent et sortent de l'établissement relativement fréquemment et dont la réadmission est attendue seront considérés comme sortants pour une « permission » prolongée. Ce statut ne demande pas une réévaluation à chaque retour, à moins qu'un changement significatif de l'état du résident ne se soit produit depuis le précédent séjour.

2.4. Types d'évaluation et calendrier

Vous trouverez ci-dessous la présentation des moments spécifiques où la démarche RAI doit être réalisée. Mais la responsabilité qu'ont les établissements de répondre aux besoins de chaque résident grâce à une évaluation suivie ne se limite pas strictement à ce calendrier. De plus, même l'accomplissement de la démarche RAI dans les temps prescrits ne suffit pas nécessairement à réaliser une évaluation approfondie et détaillée. On devra donc faire porter l'évaluation en temps voulu sur tous les domaines pertinents pour chaque résident, que ces domaines soient ou non pris en compte par le RAI.

Les évaluations complètes du RAI impliquent le remplissage du MDS et l'étude des GAD qui ont été « pointés » par les signaux d'alarme et, ensuite, l'élaboration (ou la révision) d'un plan de soins global dans les 7 jours suivant l'achèvement de la démarche RAI. Le tableau 1 résume les différents types d'évaluation et le calendrier correspondant.

TABLEAU 1 : Types d'évaluation et calendrier

TYPES D'ÉVALUATION	CALENDRIER
Évaluation à l'admission (initiale)	Doit être achevée pour le 14e jour du séjour du résident
Réévaluation annuelle	Doit être faite dans les 12 mois suivant la plus récente évaluation complète
Changement significatif dans l'état du résident	Doit être achevée à la fin du 14e jour suivant le repérage de la survenue de ce changement
Évaluation trimestrielle	Sélection d'items du MDS qui doit être remplie au moins tous les 3 mois

2.4.1. Évaluation à l'admission (évaluation initiale)

Pour un nouveau résident, l'évaluation initiale doit être achevée à la fin du 14e jour suivant son arrivée dans l'établissement, qu'il s'agisse de son premier séjour ou qu'il y revienne après une sortie sans retour prévu. Les 14 jours comprennent les week-ends. Pour calculer quand le RAI doit être terminé, **le jour de l'admission est compté comme le jour « 0 »**. Par exemple, si un résident est admis à 8 h 30 le mercredi matin, la démarche RAI doit être achevée le mercredi deux semaines après l'admission.

Si le résident décède ou sort au cours de ces 14 jours, les parties du RAI qui ont été complétées doivent être conservées dans le dossier de sortie du résident. En effet, le RAI est considéré comme faisant partie de ce dossier. À la clôture du dossier, on peut, si on le souhaite, noter pourquoi le RAI n'a pas été achevé. Les items du MDS qui n'ont pas été remplis avant le jour du décès ou de la sortie sont laissés en blanc. Les sections AA (informations pour l'identification sur le formulaire de base), AD (s'il y a lieu) et R sont signées (voir p. 24-25 en ce qui concerne les signatures nécessaires).

> **L'équipe multidisciplinaire peut commencer à remplir l'évaluation initiale à tout moment avant la fin du 14e jour. Si cela paraît souhaitable dans l'établissement, le MDS peut être rempli complètement le jour de l'admission. Cependant, cela suppose que l'équipe s'appuie en grande partie sur les déclarations du résident et de sa famille et sur les documents de transfert en ce qui concerne l'état du résident au cours de la période prescrite pour le codage de chaque item du MDS plutôt que de s'accorder une période d'observation au sein de l'établissement.**

Dans certains établissements, on peut trouver particulièrement intéressant que le remplissage du MDS et l'examen des GAD soient achevés tôt, par exemple pour des personnes dont la durée de séjour sera brève et pour lesquelles l'évaluation et la planification des soins sont souvent accélérées.

EXEMPLES

Date de l'évaluation

- Mlle A. est admise le vendredi 1er septembre. L'équipe fixe le 8 septembre comme date de référence de l'évaluation, ce qui signifie que le 8 septembre est le dernier jour de la période d'observation pour tous les items du MDS (c'est-à-dire que pour fixer la période d'observation, on compte 7 jours avant la date finale pour les items portant sur 7 jours, 14 jours avant pour les items portant sur 14 jours, etc.). Comme il s'agit d'une première évaluation, l'équipe doit se fier aux dires de la résidente et de sa famille sur son histoire, et aux documents de transfert accompagnant Mlle A. pour remplir les items demandant une période d'observation supérieure à 7 jours. L'équipe remplit le MDS le 12 septembre [notez qu'il n'est pas nécessaire que la date de référence (item A3a) soit la même que celle de la signature par le responsable de l'évaluation, correspondant au jour où le remplissage du MDS est achevé (item R2b)]. L'équipe consacre 3 jours supplémentaires à évaluer le résident à l'aide des GAD « pointés » et à terminer de remplir tous les documents liés. Ceci est enregistré par la date accompagnant la signature du formulaire « Récapitulation des GAD » (item B2) par le responsable de l'évaluation.
- Mlle L. est admise le lundi matin. L'équipe examine les documents d'admission, parle avec le médecin et a une brève conversation avec elle ce jour-là. Au cours des 7 jours qui suivent, la résidente et sa sœur fourniront d'autres renseignements. Dans ce cas, la date de référence de l'évaluation (item A3a) est fixée au mardi de la semaine suivante et les évaluations faites par tout le personnel concerné devront être terminées pour cette date. Le MDS et le tableau d'alarme seront remplis le mercredi de cette semaine-là, 9 jours après l'admission. La signature du MDS par le responsable de l'évaluation (item R2b) sera datée de ce mercredi. Dans cet exemple, ce mercredi est aussi la date où le formulaire « Récapitulation des GAD » est noté comme achevé et signé par la responsable.

Si un résident est admis à l'hôpital, en revient au cours des 14 jours de la période d'évaluation et que la plus grande partie de l'évaluation initiale avait été réalisée avant l'hospitalisation, on peut souhaiter reprendre et continuer l'évaluation entreprise, pourvu que l'état du résident n'ait pas changé significativement. Sinon, l'évaluation doit être recommencée et achevée dans les 14 jours suivant la réadmission après la sortie de l'hôpital. La partie du MDS remplie antérieurement sera conservée dans le dossier du résident avec la mention que l'évaluation a été recommencée en raison d'une hospitalisation.

Les bonnes pratiques cliniques imposent que certains items du MDS soient évalués dans les premières heures de l'admission, bien que l'on ne dispose pas de toutes les sources d'information nécessaires (par exemple, l'état et les besoins nutritionnels). D'autres items seront mieux remplis après un temps d'observation (par exemple, les interactions entre le résident et le personnel). Les besoins du résident imposeront l'ordre et la façon dont l'équipe pluridisciplinaire conduira l'évaluation. Par exemple, si un résident est essoufflé et hypotendu lors de son admission, il est impératif d'évaluer d'urgence ses besoins cardiorespiratoires. De même, un nouveau résident en colère contre sa famille parce qu'elle l'a placé dans l'établissement et qui est profondément affligé de ce qu'il a perdu, bénéficiera d'une évaluation précoce à l'aide des items du MDS concernant les habitudes de vie antérieures à l'entrée, le bien-être psychosocial, la dépression, l'anxiété et la tristesse.

2.4.2. Évaluation annuelle

La réévaluation annuelle RAI doit être faite dans les **12 mois qui suivent l'évaluation complète la plus récente**. La réévaluation annuelle peut être commencée à n'importe quel moment avant la fin de l'année de suivi, mais doit être achevée au 365e jour après le plus récent RAI complet, c'est-à-dire après la date de la signature par le coordinateur certifiant l'achèvement de l'évaluation sur le formulaire « Récapitulation des GAD » (item B2). Si une évaluation pour changement significatif a été réalisée entre temps, le « compteur » est remis à zéro et on doit procéder à l'évaluation suivante 365 jours après cette évaluation pour changement significatif. Les RAI prévus en routine peuvent être programmés plus tôt, si l'on souhaite échelonner les réévaluations.

2.4.3. Évaluation pour changement significatif

Les établissements ont la responsabilité permanente d'évaluer l'état du résident et d'intervenir pour l'aider à atteindre son meilleur état de bien-être physique, mental et psychosocial possible. Si les membres de l'équipe multidisciplinaire identifient un changement significatif dans l'état du résident (amélioration ou déclin), ils porteront cette information à la connaissance de son médecin et le consulteront sur la stabilité de ce changement. Le médecin responsable de l'établissement sera aussi consulté, en particulier lorsqu'il y a des divergences d'opinion sur l'état du résident parmi les membres de l'équipe.

Consignez les premiers signes perçus d'un changement significatif en termes d'état clinique du résident dans les notes de suite. Réalisez une évaluation complète dès que cela s'avère nécessaire pour fournir des soins appropriés à la personne, mais, dans tous les cas, pas plus tard que 14 jours après la découverte d'un tel changement.

Un changement significatif est défini comme un changement important dans l'état du résident qui :

1. **ne se résout pas habituellement de lui-même ;**
2. **retentit sur l'état de santé du résident dans plus d'un domaine ;**
3. **ET nécessite un réexamen ou une révision interdisciplinaire du plan de soins.**

Un problème est défini comme « ne se résolvant pas habituellement de lui-même » quand il s'agit d'un problème qui normalement ne se résout pas par la mise en œuvre d'interventions cliniques courantes et habituelles ou sans intervention supplémentaire.

Par exemple, normalement une perte de poids imprévue de 5 % doit déclencher une réévaluation pour « changement significatif » (**voir ci-dessous les « Recommandations pour déterminer un changement significatif dans l'état du résident »)**. Cependant, si le résident a été grippé et a eu des vomissements et de la diarrhée pendant une semaine, une perte de 5 % de son poids constitue une conséquence normale de cette grippe. Dans ce cas, l'équipe surveillera l'état du résident et tentera différentes interventions pour corriger cette perte de poids. Si le résident n'est pas déshydraté et commence à reprendre du poids dès que les symptômes de la maladie régressent, une réévaluation complète n'est pas nécessaire. Dans un établissement, la durée convenable de surveillance de l'évolution d'un résident dépend de son état clinique et de la sévérité des symptômes qu'il présente. En général, l'équipe devrait entreprendre une évaluation RAI complète si le problème n'est pas résolu au bout de deux semaines environ. Cette durée n'est pas une norme arbitraire, mais doit plutôt être commandée par le sens clinique et les besoins du résident.

D'autres situations, bien que temporaires, auront un tel impact sur l'état général du résident qu'elles exigeront une évaluation détaillée et une révision du plan de soins. Par exemple, une fracture du col du fémur peut être considérée comme un problème transitoire mais aura généralement un impact majeur sur le statut fonctionnel du résident dans plusieurs domaines (déplacement, utilisation des WC, élimination, occupations…). On devra examiner de façon holistique les changements dans l'état du résident susceptibles d'affecter sa capacité fonctionnelle et la routine quotidienne par une réévaluation selon la démarche RAI.

Pour résumer, les notions associées à un « changement significatif » sont le fait d'être *« important »* et de *« sembler être durable »*, mais un changement n'a pas besoin d'être à la fois important **et** durable pour être « significatif ».

Une évaluation pour changement significatif est appropriée en présence d'un ensemble cohérent de changements : déclin (ou amélioration) dans deux domaines ou plus. Ceci peut inclure deux changements dans un domaine particulier (par exemple, amélioration ou déclin dans deux domaines des activités de la vie quotidienne). Déterminer si l'état d'un résident a changé de façon significative relève essentiellement d'une décision clinique.

RECOMMANDATIONS POUR DÉTERMINER UN CHANGEMENT SIGNIFICATIF DANS L'ÉTAT DU RÉSIDENT

1. Déclin

- La capacité de prendre des décisions du résident passe de **0 ou 1** à **2 ou 3** pour l'item B4 du MDS.
- Apparition de tristesse ou d'anxiété qui ne peuvent être facilement modifiées (item E2 du MDS).
- Accroissement du nombre de domaines dans les troubles du comportement qui sont codés comme « difficilement modifiés », c'est-à-dire : augmentation du nombre de code **1** pour E4B (comportements problématiques, modification des symptômes au cours des 7 derniers jours).
- Tout déclin du résident pour l'une des AVQ : le résident a été codé **3, 4 ou 8** (*« Assistance importante », « Assistance totale »* ou *« L'activité n'a pas été accomplie »*) pour l'item G1A du MDS, alors qu'il ne l'était pas auparavant.
- L'incontinence du résident passe de **0 ou 1** à **2, 3 ou 4** (H1a ou H1b du MDS) ou pose d'une sonde à demeure (item H3d du MDS).
- Apparition d'un problème de perte de poids : 5 % de changement en 30 jours ou 10 % en 180 jours (item K3a du MDS).
- Apparition d'un ulcère de stade II ou plus, alors qu'il n'y en avait pas auparavant (item M2a du MDS).
- Début d'utilisation de contention du tronc ou d'attaches au fauteuil pour prévenir les chutes, inutilisés auparavant (items P4c et P4e du MDS).
- Détérioration générale de l'état du résident ; il reçoit davantage d'aide, par exemple pour les AVQ ou les prises de décisions (item Q2 **= 2** sur le MDS).
- Apparition d'un problème ou d'une maladie pour lesquels l'état du résident est jugé instable (item J5a sur le MDS).

EXEMPLE

Changement significatif : déclin

- M.T. crie et ne réagit pas quand on lui demande de se taire. Ceci se produit désormais chaque jour et aucun changement n'intervient, ni spontanément, ni avec un traitement. Il commence aussi à résister aux soins quotidiens, repoussant les membres du personnel qui essayent de l'aider dans les AVQ. Ceci constitue un changement significatif qui appelle une nouvelle évaluation puisqu'il y a eu détérioration du comportement au point que les troubles surviennent quotidiennement et qu'une nouvelle approche devient nécessaire pour les traiter. Son comportement peut avoir diverses causes et l'évaluation offrira l'occasion à l'équipe de considérer la maladie, les effets secondaires des médicaments, les tensions provenant du cadre de vie et d'autres sources possibles du comportement dérangeant de M.T.

2. Amélioration

- Toute amélioration pour l'une des AVQ : le résident est codé **0, 1 ou 2** alors qu'auparavant il était codé **3, 4 ou 8** (item G1A du MDS).
- Diminution du nombre de domaines où les troubles du comportement, la tristesse ou l'anxiété sont codés comme « *Difficilement modifiés* », (items E2 et E4B du MDS).
- La capacité de prendre des décisions du résident passe de **2 ou 3** à **0 ou 1** (item B4 du MDS).
- L'incontinence du résident passe de **2 ou 3** à **0 ou 1** (item B4 du MDS).
- Amélioration générale de l'état du résident ; il reçoit moins d'aide (item Q2 = **1**).

EXEMPLE

Changement significatif : amélioration

- Mme G. est dans l'établissement depuis 5 semaines, après une hospitalisation en service de soins aigus pendant 8 semaines. À l'admission, elle était très fragile, avait de la peine à réfléchir, était confuse et présentait plusieurs troubles du comportement. Le déroulement du traitement s'est accompagné d'une amélioration progressive et actuellement son état s'est stabilisé. Elle n'est plus ni confuse, ni agitée. Toutes les personnes concernées (la résidente, sa famille et l'équipe) ont constaté des progrès remarquables. C'est le moment de refaire une évaluation. Elle n'est plus la même qu'à l'admission, ses problèmes d'alors ont été résolus. Une nouvelle évaluation permettra à l'équipe de prendre du recul, d'avoir une vue d'ensemble de ses besoins et d'envisager une nouvelle approche des soins pour son avenir.

Bien que les établissements puissent choisir de refaire des évaluations complètes plus souvent que prévu dans la démarche RAI**, il n'est pas nécessaire de faire une réévaluation lors de variations mineures ou temporaires de l'état du résident. Cependant, même si une réévaluation n'est pas nécessaire, l'équipe doit noter ces changements transitoires dans le dossier du résident et accomplir les interventions cliniques voulues.** Dans ce cas, on s'attend à ce que la situation du résident revienne à son état antérieur après une courte période (1 à 2 semaines).

RECOMMANDATIONS POUR DÉTERMINER QUAND UN CHANGEMENT DANS L'ÉTAT DU RÉSIDENT N'EST PAS SIGNIFICATIF (LISTE NON EXHAUSTIVE)

- Changements provenant d'une cause facilement réversible décrite dans le dossier et pour laquelle une action peut être entreprise : par exemple, une réaction prévisible à l'introduction d'un médicament psychotrope pendant la période d'essai de détermination la dose efficace (ajuster et suivre la recherche du dosage convenable ne nécessite pas une réévaluation pour changement significatif).
- Maladie ou épisode aigu comme une fièvre légère causée par un rhume dont l'équipe pense que le résident se rétablira complètement à court terme.
- Signes et symptômes cliniques attendus dans le cadre du traitement contrôlé d'un problème bien connu, prévisible et cyclique (par exemple, des signes de dépression chez un résident dont le diagnostic de psychose maniaco-dépressive a été établi n'inciteront pas à mettre en route rapidement une réévaluation pour changement significatif).
- Situations dans lesquelles le résident continue à progresser régulièrement avec les soins tels qu'ils ont été prévus. Une nouvelle évaluation n'interviendra que lorsque le problème sera stabilisé.
- Situations dans lesquelles l'état du résident est stabilisé et où une sortie est prévue dans un futur proche. On a commencé à organiser la sortie avec le résident et sa famille et une évaluation détaillée n'est pas nécessaire pour faciliter cette préparation.
- Dans le cas d'une maladie en phase terminale, une évaluation complète est facultative, en fonction de l'estimation par les soignants du bénéfice que cela apporterait pour le résident. Jusqu'au bout, il est de la responsabilité de l'établissement de fournir les soins et services nécessaires au résident pour atteindre son plus haut niveau possible de bien-être. Cependant, dans la mesure où l'équipe a bien identifié les problèmes et les besoins liés à cet état terminal et y répond, une réévaluation complète n'est pas nécessairement indiquée. (Ceci est consigné à l'item J5c du plus récent MDS.)

EXEMPLES

Changement significatif ou non ?

- M. M. est dans cet établissement depuis 2 ans et demi. Il a été très aimé par le personnel et les autres résidents ; sa fille a été une bénévole très active dans l'unité. M.M. est maintenant à la dernière étape de sa démence chronique — reconnue comme probablement une maladie d'Alzheimer. Il souffre de pneumonies à répétition et a des difficultés à avaler. Son pronostic est réservé et sa famille est très consciente de son état. Il est dans une unité spéciale pour déments, le personnel dispose d'un protocole détaillé de soins palliatifs pour de tels résidents en fin de vie. L'équipe répond à temps et de façon appropriée aux changements d'états dès qu'ils surviennent. Sa fille participe activement à la planification des soins. Dans ce cas, la prise en charge de M. M. est de haute qualité et, bien que son état ait décliné, il n'est pas nécessaire que l'équipe remplisse un MDS pour une nouvelle évaluation pour ce résident grabataire et extrêmement dépendant en phase terminale.
- Mme K. a été admise avec des problèmes identifiables et a normalement répondu au traitement. Avec le temps, son état s'est amélioré puis stabilisé. Elle repartira dans cinq jours. Le MDS initial a permis de fixer des objectifs et d'entreprendre des soins. Ces soins ont été modifiés de manière à assurer les meilleurs résultats possibles. L'effet du traitement dispensé par l'équipe interdisciplinaire a annulé les causes des problèmes de la résidente. Une réévaluation en vue de la sortie imminente est inutile.

Souvenez-vous que vous disposez de 14 jours après que l'état du résident s'est stabilisé pour réaliser une réévaluation et que, si Mme K. quitte l'établissement au cours de cette période, il n'est pas nécessaire d'y procéder. Si le projet de sortie est modifié ou si elle ne sort pas, il faudra faire une réévaluation à la fin de cette période de 14 jours.

- Mme P. bénéficie aussi de mesures de réadaptation. Elle aussi a bien réagi au traitement. Mais, contrairement à Mme K., elle continue à progresser. La date de sa sortie n'est pas fixée. Les soins lui conviennent et on peut s'attendre à une récupération complète de ses capacités fonctionnelles. Dans ce cas, le traitement est adéquat, les progrès sont évidents, l'équipe maîtrise la situation et il n'y aurait rien à gagner d'une nouvelle évaluation en ce moment. Cependant, si son état se stabilisait sans que la sortie ne soit prévue, il conviendrait de procéder à une nouvelle évaluation.

2.4.4. Évaluation lors d'une réadmission

Si un résident a quitté l'établissement sans que son retour ait été prévu et qu'il y revienne, son retour sera considéré comme une **nouvelle admission** et on devra entreprendre une démarche RAI d'admission complète, y compris les sections AB (Identification sociodémographique) et AC (Habitudes de vie) dans les **14 jours suivant l'admission**.

Si le résident revient dans l'établissement après une absence temporaire pour une hospitalisation ou une cure, il s'agit d'une **réadmission**. Il n'est nécessaire d'évaluer les résidents réadmis que si un changement significatif de leur état est survenu. Dans ce cas, il convient de suivre la procédure correspondant à un changement significatif **(voir section 2.4.3. « Évaluation pour changement significatif », p. 18)**. Il n'est pas nécessaire de remplir les sections AB (Identification sociodémographique) et AC (Habitudes de vie) du MDS si ces informations ont déjà été collectées et sont consignées dans le dossier du résident.

2.4.5. Évaluation trimestrielle

L'évaluation trimestrielle sert à suivre l'état du résident entre deux évaluations complètes et à assurer la surveillance d'indicateurs cruciaux précurseurs de l'apparition de changements significatifs dans son état. **Pour chaque période de 12 mois, 3 évaluations trimestrielles et une évaluation complète,** au minimum, devront être réalisées.

Une liste des items majeurs à réexaminer chaque trimestre a été déterminée. Bien que l'examen de ces items soit demandé tous les 3 mois, les établissements peuvent aménager leur calendrier des évaluations trimestrielles (par exemple, un établissement choisira de réévaluer tous les résidents en mai, août et novembre tandis qu'un autre préférera étaler ces réévaluations en examinant un groupe de résidents en janvier, un autre en février et le groupe restant en mars, le premier groupe étant revu en avril).

L'état du résident doit être évalué pour chacun des items essentiels rassemblés sur le formulaire d'« Évaluation trimestrielle » (annexe 2, p. 241). Si cela s'avère nécessaire, cette évaluation servira de base à la révision du plan de soins du résident.

Si l'on utilise un système informatisé, on complétera la section AA (Information pour l'identification sur le formulaire de base) ainsi que les items listés dans le tableau 2 ci-contre.

TABLEAU 2 : Items fondamentaux du MDS inclus dans l'évaluation trimestrielle

SECTION A : Identification et information de base	
• Item 1 : Nom du résident • Item 2 : Numéro d'unité et de chambre • Item 3a : Date de référence de l'évaluation	• Item 4a : Date de réadmission • Item 6 : Numéro de dossier médical
SECTION B : État cognitif	
• Item 1 : État comateux • Item 2 : Mémoire • Item 4 : Facultés cognitives pour les décisions courantes	• Item 5 : Signes d'état confusionnel (*delirium*)/ fluctuation de la pensée ou de l'état de conscience
SECTION C : Communication/audition	
• Item 4 : Se faire comprendre	• Item 6 : Capacité à comprendre les autres
SECTION E : Humeur et comportement	
• Item 1 : Signes de dépression, d'anxiété ou de tristesse • Item 2 : Persistance de l'humeur	• Item 4 : Comportements problématiques
SECTION G : Problèmes physiques et fonctionnels	
• Item 1A : Performance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) • Item 2 : Bain/douche	• Item 4 : Restriction fonctionnelle de l'amplitude du mouvement • Item 6a, b et f : Modes de transfert
SECTION H : Continence durant les 14 derniers jours	
• Item 1 : Contrôle de la continence • Item 2d et e : Élimination des selles	• Item 3a, b, c, d, i et j : Moyens auxiliaires et programmes
SECTION I : Diagnostics médicaux	
• Item 2j et m : Infections	• Item 3 : Autres diagnostics actuels et codes CIM-10
Notez uniquement les diagnostics faits dans les 90 derniers jours qui ont une relation avec l'état fonctionnel pour les AVQ, l'état cognitif, l'humeur et le comportement, les traitements médicaux, la surveillance infirmière ou un risque vital.	
SECTION J : Problèmes de santé	
• Item 1c, i et p : Problèmes de santé • Item 2 : Douleur	• Item 4 : Accidents • Item 5 : Stabilité des problèmes
SECTION K : État buccal et nutritionnel	
• Item 3 : Changement de poids	• Item 5b, h et i : Types d'alimentation
SECTION M : État de la peau	
• Item 1 : Ulcères	• Item 2 : Types d'ulcères
SECTION N : Activités	
• Item 1 : Périodes d'éveil	• Item 2 : Temps moyen consacré aux occupations
SECTION O : Médicaments	
• Item 1 : Nombre de médicaments	• Item 4 : Prescriptions de médicaments particuliers (neuroleptiques, anxiolytiques…)
SECTION P : Procédures et traitements spéciaux	
• Item 4 : Moyens de contention	
SECTION Q : Perspectives de sortie et état général	
• Item 2 : Changement global en besoin de soins	
SECTION R : Informations relatives à l'évaluation	
• Item 2 : Signatures des personnes ayant réalisé l'évaluation	

2.5. Validation à la fin de la démarche RAI

2.5.1. Participants à la démarche RAI

La démarche RAI doit être une démarche coordonnée impliquant la participation de tous les professionnels de santé selon leurs responsabilités et leurs compétences. Elle est accomplie au mieux lorsque toute l'équipe multidisciplinaire de l'établissement s'y implique. Dans une telle équipe, l'expérience et les connaissances de chacun se combinent pour une meilleure compréhension des ressources, des besoins et des préférences de chaque résident afin de lui assurer la meilleure qualité de soins et de vie possible. En général, la participation de chacun des membres concernés de l'équipe interdisciplinaire favorise une évaluation et une planification des soins plus attentives et appropriées.

Les établissements ont toute liberté pour déterminer qui participera à l'évaluation, du moment qu'elle est menée de façon précise et fidèle. Il est de leur responsabilité de s'assurer que tous les participants à la démarche d'évaluation ont les connaissances nécessaires à une évaluation complète et exacte.

La démarche RAI doit être dirigée ou coordonnée par une personne qui signera et certifiera ainsi la réalisation complète de l'évaluation. Il s'agit généralement, mais pas obligatoirement, d'une infirmière diplômée.

La participation du médecin traitant à la démarche RAI est d'une importance majeure. L'évaluation et les prescriptions du médecin sont indispensables pour les soins qui doivent être dispensés immédiatement au résident, ainsi que pour différents traitements et examens de laboratoire. En outre, l'apport du médecin pour le remplissage des sections du MDS et l'examen des GAD est précieux ; il est un membre important de l'équipe multidisciplinaire chargée de la préparation du plan de soins complet pour le résident.

Si certaines règles s'imposent pour la réalisation de cette démarche standardisée, il reste une large part d'initiative pour déterminer comment intégrer le RAI dans l'organisation ordinaire propre à chaque établissement. Par exemple, chaque établissement doit développer ses propres politiques et procédures pour :

- Former le personnel de l'établissement sur les circonstances qui demandent une évaluation complète et, particulièrement, l'équipe qui doit y être impliquée.
- Désigner comme responsables du remplissage d'une section particulière du MDS les personnes qui ont la connaissance appropriée du résident : infirmières, médecins, psychologues, travailleurs sociaux, animateurs, kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens ou pharmaciens selon les cas.
- Garantir au résident et à sa famille une participation active au partage de l'information et à la prise de décision.
- Garantir que les apports perspicaces de toutes les personnes qui fournissent régulièrement des soins et aides directs aux résidents (aides-soignantes, personnels de service, bénévoles) sont intégrés à la démarche d'évaluation.
- Garantir que le personnel soignant *de toutes qualifications*, de toutes les équipes (de jour comme de nuit), est bien au courant des informations apportées par la plus récente évaluation et qu'il signale bien les changements de l'état du résident susceptibles de modifier l'exactitude de ces informations ou d'entraîner la nécessité de réaliser une réévaluation pour changement significatif.
- Apprendre au personnel comment intégrer l'information consignée sur le MDS avec les pratiques d'évaluation et de planification des soins existant déjà dans l'établissement.

2.5.2. Valider l'achèvement et l'exactitude de la démarche

Chaque membre de l'équipe qui a effectué une partie de l'évaluation doit indiquer la partie qu'il a remplie, certifier de son exactitude et signer le MDS. Le coordinateur signe pour certifier que le MDS est rempli complètement. Il ne le fera pas tant que toutes les autres personnes participant à l'évaluation n'ont pas signé et attesté qu'elles ont achevé de remplir les parties du MDS dont elles ont la charge. Si une seule personne remplit tout le MDS, elle signera et sera seule responsable de la certification de l'achèvement et de l'exactitude de l'évaluation.

Le coordinateur doit aussi signer le formulaire « Récapitulation des GAD » pour certifier de la réalisation complète de la démarche RAI. Pour l'évaluation à l'admission, il doit dater et signer ce document dans les 14 jours après l'admission dans l'établissement. Il n'y a pas de règle particulière pour certifier l'exactitude de l'apport de chacune des personnes qui ont participé à l'étude des GAD. On suppose que chaque information est signée lorsqu'elle est introduite dans le dossier clinique. Cependant, s'il le souhaite, chaque membre de l'équipe peut indiquer quel (s) GAD il a examiné (s), à quelle date, indiquer ses références et signer le formulaire (dans la mesure où il y a de la place pour que cela soit lisible).

Il n'est jamais permis à une personne n'appartenant pas à l'équipe multidisciplinaire de certifier ou d'antidater les formulaires RAI. Si l'un des membres de l'équipe qui a complété une partie du MDS n'est pas disponible pour signer, un autre membre de cette équipe devra revoir cette partie et signer le formulaire. Il est de la responsabilité de l'établissement de fixer les règles de responsabilité face à ces situations.

Les membres de l'équipe qui apportent des informations pour décider du plan de soins doivent aussi dater et signer la « Récapitulation des GAD » (items B3 et B4). On dispose de 7 jours après l'achèvement de la démarche pour terminer le plan de soins. La date d'enregistrement des informations sur le plan de soins peut aller jusqu'à 7 jours après la fin de l'examen des GAD (c'est-à-dire après la date où le coordinateur a signé la « Récapitulation des GAD » pour indiquer l'achèvement de la procédure d'évaluation : item B2).

2.5.3. Archivage du RAI

L'archivage de la documentation RAI (MDS, « Récapitulation des GAD », évaluations trimestrielles) relative à un résident correspond à deux nécessités :

- une nécessité légale ; on appliquera la législation en vigueur dans le pays concerné ;
- une nécessité clinique ; conserver la documentation dans un lieu accessible à tous les membres de l'équipe (y compris les consultants extérieurs) qui auront besoin de s'y reporter pour les soins qu'ils prodigueront au résident.

Si l'établissement utilise un système informatisé, le maintien d'une copie papier n'est pas indispensable, dans la mesure où le système remplit les critères suivants :

- il est capable de conserver la quantité d'évaluations produites pendant la durée réglementaire d'archivage et d'imprimer à la demande toutes les évaluations correspondant à cette période ;
- l'établissement doit avoir un système de sauvegarde évitant la perte ou la détérioration des données ;
- les informations doivent toujours être disponibles et accessibles pour le personnel ;
- le système doit remplir les conditions de confidentialité s'appliquant aux dossiers médicaux.

2.6. Quelles sources d'information utiliser pour réaliser la démarche RAI ?

Pour mener à bien une évaluation exacte et complète, il faut avoir recours à plusieurs sources d'information. C'est le rôle de chacune des personnes de l'équipe multidisciplinaire participant à l'évaluation de valider les informations obtenues auprès du résident, de sa famille et d'autres professionnels de santé par observation, entretiens, étude des résultats d'examens de laboratoire, etc., afin d'en assurer l'exactitude. De même, la validation des informations contenues dans le dossier du résident s'appuie sur les échanges avec le résident et le personnel travaillant directement auprès de lui.

Pour la mise en œuvre de la démarche RAI, on pourra avoir recours aux sources d'information ci-dessous. Bien que cela ne soit pas obligatoire, la consultation des différentes sources s'effectue généralement dans l'ordre suivant :

1. **Examen du dossier du résident.** Selon qu'il s'agit d'une évaluation à l'admission ou d'une réévaluation, cet examen portera sur : documents de pré-admission, d'admission ou de transfert, plan de soins en cours, observations et prescriptions médicales ; informations sur les services actuellement fournis ; résultats d'examens ou d'autres procédures diagnostiques récents ; résumés mensuels des comptes rendus infirmiers et des consultations médicales des 60 derniers jours, ainsi que la liste des médicaments administrés au cours des 30 derniers jours.
2. **Contacts avec le résident et observation.**
3. **Consultation des soignants proches** (aides-soignantes, auxiliaires) de toutes les équipes.
4. **Consultation des professionnels qualifiés** (de toutes les disciplines) qui ont récemment observé, évalué ou soigné le résident. Les échanges peuvent être fondés sur des contacts ou sur la communication de documents étayant leurs impressions à propos du résident.
5. **Consultation du médecin du résident.**
6. **Communication avec la famille du résident.** Tous les résidents n'ont pas de famille. Dans certains cas, la famille n'est pas disponible ou le résident peut vous demander de ne pas la contacter. En l'absence de participation de la famille, il peut exister une autre personne très proche que le résident vous indiquera de contacter.

2.6.1. Examen du dossier du résident

Le dossier vous fournit le point de départ de la procédure d'évaluation pour réexaminer les informations sur le résident à partir des notes rédigées par toutes les équipes pendant plusieurs jours. Commencer par le dossier du résident ne signifie pas que ce soit la source d'information la plus importante : c'est seulement la plus pratique pour débuter.

À l'admission, l'étude du dossier comprend un examen des notes qui ont été prises pendant les deux premières semaines (en admettant que vous utilisiez toute la période de 14 jours pour remplir le MDS), la documentation qui accompagnait le résident à son arrivée, les fiches de transfert (celles du service social, par exemple), ainsi que tout résultat d'examen précédant l'admission (y compris, selon le cas, la copie de MDS et de tableaux d'alarme remplis dans un établissement précédent). Il ne convient pas, bien évidemment, de simplement recopier les MDS remplis dans l'établissement précédent.

Les évaluations suivantes devront se baser sur les MDS et bilans trimestriels antérieurs, sur l'information écrite dans les trois mois qui précèdent et sur les notes de suite (observations) des 30 derniers jours.

Lorsque vous examinez les dossiers du résident, tenez compte des remarques suivantes :

- Examinez les informations contenues dans le dossier *en ayant à l'esprit les définitions des items du MDS*. Assurez-vous que les informations du dossier sont compatibles avec ces définitions. Par exemple, les performances du résident sont évaluées avec l'utilisation de moyens auxiliaires (CH), d'aides techniques (F) tels que le cadre de marche pour la locomotion ; de même, selon le MDS, un résident, porteur d'une sonde, qui reste « sec » est considéré comme continent.
- Assurez-vous que l'information consignée dans le dossier couvre bien *la période d'observation spécifiée* pour les items du MDS. Pour chaque item, le MDS se réfère à une durée spécifique : par exemple, l'état du résident pour les AVQ est fondé sur la performance observée au cours des 7 derniers jours. La date de référence de l'évaluation (item A3a du MDS) assure l'uniformité de l'évaluation en fixant une limite finale commune pour tous les items. En conséquence, il est nécessaire de faire très attention aux remarques concernant la durée d'observation pour chaque section du MDS et aux instructions données dans le chapitre 3.
- Soyez attentif aux *contradictions* et ne considérez les informations du dossier que comme des indications préliminaires. Clarifiez et validez ces informations au cours de la procédure d'évaluation. Méfiez-vous des informations du dossier qui ne concordent pas avec les informations verbales ou les résultats d'une évaluation physique. Discutez de ces contradictions avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire (infirmières, travailleurs sociaux, paramédicaux…). Le niveau de confiance que l'on peut avoir dans les informations du dossier dépend de la qualité du système d'enregistrement. Notez les informations que le dossier contient habituellement (notes de service, courbes, plans de soins, feuille de médicaments…), où elles sont stockées dans le dossier, et aussi, car c'est très important, quelles sont *les informations manquantes*.
- Lorsque les informations trouvées dans le dossier sont suffisamment détaillées et conformes aux définitions et périodes d'observation du MDS, remplissez les items du MDS. Quelques items du MDS peuvent être complètement remplis à partir du dossier. Cependant, pour la plupart des items, une évaluation détaillée et fiable requiert d'avoir recours à d'autres sources (c'est-à-dire le résident, sa famille et le personnel de l'établissement). Quand les informations sont incomplètes ou contradictoires, prenez note des problèmes en question. Cette note pourra vous aider dans vos contacts avec le résident, sa famille et le personnel de l'établissement. Il n'est pas nécessaire que cette note soit conservée dans le dossier : ce n'est qu'un document de travail.
- Quand vous observez le résident, que vous discutez avec lui et les autres membres du personnel, vérifiez l'exactitude de ce que vous avez appris en examinant le dossier.

2.6.2. Contacts avec le résident et observation

Le résident est la source d'information principale, et, pour certaines rubriques, il sera même la seule (par exemple, habitudes de vie, activités préférées, vision, audition, identification aux rôles antérieurs et parfois repérage des situations problématiques). Pour plusieurs items du MDS, vous ne trouverez pas de renseignements dans le dossier clinique, le MDS rempli sera finalement la seule source d'information sur ces questions.

Familiarisez-vous avec les items du MDS afin d'intégrer la consultation et l'observation du résident dans votre pratique quotidienne. Par exemple, l'infirmière qui distribue les médicaments au moment du repas profitera du moment de cette distribution pour observer le résident et lui parler. De même, chaque fois que le résident s'adresse à elle pour lui poser une question. Les contacts avec le résident constituent un moyen déterminant de confirmer l'exactitude des jugements du personnel sur ses problèmes.

Comparez ce que dit le résident et ce que vous observez aux informations tirées du dossier ou obtenues auprès d'autres membres du personnel de l'établissement. Pour être plus efficace, faites-vous un plan de la manière dont vous allez mener l'observation et les contacts avec le résident. Soyez assez souple pour le mettre à l'aise. L'écoute attentive et l'observation du résident vous indiqueront comment rechercher et rassembler l'information nécessaire. Essayez d'entrer en contact avec le résident, même s'il a des difficultés pour vous répondre. La nature et le degré de la difficulté rencontrée tout comme les réponses non verbales (par exemple, la crainte) procurent d'importantes informations. Dans cette collecte de l'information, l'équipe fera preuve de toute la délicatesse nécessaire **(voir en annexe 3 quelques indications plus détaillées sur les techniques d'entretien).**

2.6.3. Contacts avec les membres du personnel proches du résident

Les membres du personnel en contact direct avec le résident (aides-soignantes et personnel de service qui sont en relation très proche et quotidienne avec lui), sont souvent les sources d'information les plus fiables sur ses performances. Ils parlent avec lui et l'écoutent. Ils observent ses performances, l'aident dans les AVQ et remarquent comment il y participe. Leur travail quotidien leur permet d'observer son état physique, intellectuel et psychosocial. Ces observations portent sur 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Quand vous les consultez, les points les plus importants à prendre en compte sont les suivants :

- Assurez-vous que vous vous adressez à une personne qui a des informations de première main. Prévoyez suffisamment de temps pour parler avec elle.
- Commencez par vous renseigner sur les performances du résident en ce qui concerne les AVQ et ses occupations. Que peut faire le résident sans aide ? Comment le personnel aide-t-il le résident ? Qu'est-ce que le résident ne fait pas alors qu'il en serait capable ? Renseignez-vous ensuite sur sa capacité de communiquer, sa mémoire, son équilibre, ses occupations préférées, sur ses changements d'humeur et ses problèmes de comportement.
- Dans toute la mesure du possible, parlez avec les personnels de toutes les équipes (de jour et de nuit) en contact direct avec le résident. Les informations des différentes équipes peuvent aussi être obtenues par d'autres moyens (par exemple, par les fiches de transmission si les remarques de ces personnels y sont inscrites). (*Rappel :* voir en annexe 3 quelques indications plus détaillées sur les techniques d'entretien.)

2.6.4. Contacts avec les autres personnels soignants

Tous les professionnels (travailleurs sociaux, animateurs, kinésithérapeutes ou physiothérapeutes (CH), orthophonistes ou logopédistes (CH), psychomotriciens (F), diététicienne, pharmaciens et autres) qui ont observé, évalué ou soigné le résident devront être interrogés sur ce qu'ils connaissent de ses capacités, performances ou problèmes. L'expertise particulière de ces professionnels améliorera l'étendue et la précision de l'évaluation du résident.

2.6.5. Contacts avec le médecin traitant

Le rôle du médecin traitant est central dans l'organisation d'ensemble et les résultats des soins. La démarche d'évaluation RAI devra tenir compte du bilan de l'examen médical du résident, des plans de soins antérieurs éventuels, du bilan de sortie de l'hôpital, des objectifs de soins, des prescriptions de traitements et de médicaments. Lors des évaluations annuelles et trimestrielles, revoyez les observations et

prescriptions médicales les plus récentes. Revoyez aussi le MDS avec le médecin traitant, pour partager et valider les informations appropriées. S'il vous est difficile d'obtenir du médecin traitant (ou de celui de l'établissement d'origine) ces informations ou ces données pour l'évaluation, vous devriez pouvoir demander au médecin de votre établissement d'intervenir.

2.6.6. Contacts avec la famille du résident

La famille (ou les proches) du résident peut représenter une source d'information précieuse sur son histoire médicale, ses problèmes et ses ressources dans divers domaines et sur ses habitudes de vie antérieures à la première admission dans un établissement. Pour utiliser cette ressource, il faut bien sûr que cette famille existe et qu'elle soit disposée à collaborer. Il faut aussi tenir compte des volontés du résident. Dans la plupart des cas, la famille ne sera pas la seule source d'information mais elle permettra de compléter les informations provenant d'autres origines. La procédure de remplissage du MDS fournit une excellente occasion aux soignants de développer des relations de confiance avec le résident et sa famille.

2.7. Remplissage du formulaire MDS/Codage et correction des erreurs

En utilisant les informations appropriées rassemblées de toutes les sources énumérées dans la **section 2.6.** ci-dessus, l'objectif pour la personne qui effectue l'évaluation est d'obtenir la meilleure information possible pour chaque item de chaque section du MDS. Le MDS faisant partie du dossier médical, **il doit toujours être rempli à l'encre** afin que toute modification qu'on voudrait y apporter apparaisse clairement.

2.7.1. Règles pour le codage du MDS

Le tableau 3 page suivante, passe en revue les conventions pour le codage du MDS.

2.7.2. Corrections des erreurs

Il est évident que l'état du résident ne cesse de changer au cours du temps, et pourtant, le MDS, une fois qu'il a été rempli, ne doit plus être modifié. Pourquoi ? parce que le MDS doit refléter l'état du résident à une date donnée (photographie). Deux situations se présenteront :

- *Les changements sont minimes :* ils seront notés dans le dossier du résident (par exemple, dans les observations infirmières), selon les pratiques cliniques et de transcription de l'information habituelles au service.
- *Les changements sont significatifs :* on remplit un nouveau MDS (voir section 2.4.3. de ce chapitre pour plus de précisions sur les évaluations pour changement significatif).

Si vous n'observez pas cette règle, vous ne pourrez jamais suivre l'évolution de l'état du résident en comparant les MDS successifs.

TABLEAU 3 : Conventions de codage du MDS

- Chaque section du MDS comporte un ou plusieurs items classés par catégorie. Exemple : le troisième item de la section B (« *Mémoire* ») s'appelle « B3 », le second item de la section E (« *État de l'humeur* ») s'appelle « E2 ».
- Pour noter les informations sur le MDS, utilisez les conventions de codage suivantes :
  – Si la condition requise est remplie, cochez les cases blanches contenant une petite lettre en bas, sinon laissez ces cases vides (par exemple, N4 « *Activités préférées* », cases a. à m.).
  – Notez une valeur numérique (nombre ou valeur prédéterminée) dans les cases blanches (par exemple : H1a « *Incontinence fécale* »).
  – Les zones noires restent vides ; elles servent à marquer visuellement les zones à ne pas remplir.
- Convention pour noter **0** : pour les items dont les réponses sont ordonnées (par exemple, d'indépendant à dépendant), la valeur **0** (zéro) est universellement utilisée pour indiquer **l'absence de problème** ou l'indépendance du résident. Par exemple, un résident pour lequel les codes des AVQ sont presque tous égaux à **0** est un résident qui se suffit à lui-même ; le résident dont aucune des AVQ n'est codée **0** dépend de l'aide d'autrui.
- ÉCRIVEZ EN LETTRES CAPITALES pour répondre aux questions ouvertes. Écrivez lisiblement (par exemple, pour « Profession antérieure » une ligne est prévue pour noter les occupations antérieures du résident).
- **Dates.** Pour noter le jour, le mois, l'année, utilisez 2 chiffres pour le jour et le mois, 4 chiffres pour l'année. Par exemple, le 3 janvier 1996 sera noté ainsi :

0	3		0	1		1	9	9	6

- Le code standard pour **l'absence d'information** est soit **« NSP »**, soit un tiret entre parenthèses **« (-) »**. Ce code indique que toutes les sources d'information disponibles ont été explorées et que, malgré des recherches approfondies, *on ne dispose pas de cette information.* Bien que le tiret entre parenthèses **« (-) »** ait été proposé au départ pour la saisie informatisée du MDS, son usage est aussi recommandé pour le formulaire papier afin d'harmoniser les réponses.
- Pour plusieurs items, l'une des réponses possibles est « AUCUNE DE CES RUBRIQUES » (par exemple : I2 « *Infection* », case m.). Cochez cet item uniquement quand aucune des réponses précédentes ne s'applique. *Cette case ne doit pas être cochée pour signaler un manque d'information.*
- **Questions à sauter.** Dans certains cas, la réponse à une rubrique conditionne la manière de répondre aux suivantes. Les consignes vous indiquent le (s) item (s) à sauter. Par exemple, à l'item B1 « *État comateux* », il vous est indiqué de sauter directement à la section G si vous avez répondu **1** (« Oui, le résident est dans un état comateux »). Les items compris entre B2 et F3 ne seront pas codés. Si au contraire vous avez codé B1 = **0** (« Non »), alors vous passez normalement à l'item suivant (B2). Un moyen pratique de permettre le contrôle visuel de cette consigne consiste à l'entourer d'un cercle avant de sauter à l'item approprié suivant.
- Le code **8** n'est utilisé que dans la section G « Problèmes physiques et fonctionnels ». L'usage de ce code est limité aux cas où les AVQ ne sont pas accomplies et où par conséquent une évaluation objective des performances du résident est impossible. Son utilisation principale concerne les résidents grabataires qui, durant la période d'observation de 7 jours, n'ont pas quitté leur lit et n'ont pas été transférés. Quand le code **8** a été utilisé pour la performance, il doit aussi l'être pour l'aide apportée. (*NdT :* dans la traduction française, le code 8 est aussi utilisé dans les cas où le test d'équilibre n'est pas réalisé.)

Pour corriger les erreurs sur les documents papier ou les formes informatisées du MDS version 2.0, on appliquera les procédures suivantes :

- En ce qui concerne les documents papier, les établissements peuvent « clore » le MDS dans les délais prescrits (c'est-à-dire 14 jours après l'admission, etc.). Ceci se fait lorsque le coordinateur signe et date le MDS (items R2a et R2b). **Des modifications peuvent être apportées à n'importe quel item au cours des 7 jours suivants, pourvu que la même « Date de référence de l'évaluation » (item A3a) soit conservée.** Pour ces modifications, notez la réponse correcte, rayez la réponse précédente sans l'effacer, signez de vos initiales et datez la réponse correcte.

- Le concept « erreurs de saisie » qui, dans la version 1.0, autorisait, dans certains cas, des corrections sur le formulaire papier, à n'importe quel moment, a été éliminé.

  Les établissements qui utilisent un système informatisé appliqueront les procédures suivantes :

  1. La démarche d'évaluation clinique doit être achevée dans les délais prescrits (par exemple, 14 jours après l'admission, etc.).
  2. Une fois l'évaluation clinique achevée, l'établissement doit, au cours des 7 jours suivants, coder et saisir le MDS, vérifier les données saisies et « clore » l'enregistrement. « Clore » signifie que plus aucun changement ne peut être apporté au MDS (sous sa forme papier ou électronique).

- *Vérification de la saisie informatique :* il est de la responsabilité de l'établissement de vérifier la correspondance entre les réponses saisies informatiquement et celles qui ont été notées sur le MDS. Toute discordance doit être corrigée dans le fichier informatique dans les 7 jours.

- *Erreurs de codage :* il est de la responsabilité de l'établissement que les données du MDS soient saisies selon les règles. Pour chaque item du MDS, la réponse doit être comprise dans l'intervalle de codage prévu. Pendant 7 jours, il est possible de « corriger » les réponses lorsqu'elles ne respectent pas ces règles. Une évaluation n'est considérée comme remplies que lorsque toutes les erreurs de codage auront été corrigées. Pour les items « corrigés », on doit utiliser la même « période d'observation » que pour le premier remplissage de l'item (c'est-à-dire la même « Date de référence de l'évaluation », item A3a). Toute correction doit paraître simultanément sur les deux formes du MDS : papier et électronique (autrement dit, la forme papier du MDS doit aussi être corrigée).

- *Procédure de verrouillage de l'enregistrement :* une fois toutes les erreurs de codage corrigées, l'enregistrement doit être « verrouillé ». À partir de ce moment, un enregistrement ne peut plus être modifié.

  Après avoir « verrouillé » un enregistrement (sur papier ou informatique), on peut s'apercevoir qu'il contient une erreur. Ceci peut être découvert par le personnel de l'établissement ou par un vérificateur extérieur. Dans tous les cas, l'enregistrement étant « verrouillé », il ne peut être corrigé. On aura le choix entre :

  1. Recommencer une procédure RAI complète pour raison de « changement significatif » (item AA8a = 3) de l'état du client.
  2. Recommencer une procédure RAI complète pour raison de « correction significative » de l'évaluation antérieure (item AA8a = 4).

L'une ou l'autre de ces procédures ne peut être utilisée que si cela concerne le dernier MDS réalisé. Dans les deux cas, la date d'évaluation est modifiée (A3a) et correspond à la nouvelle période d'observation.

2.8. GAD et plan de soins

2.8.1. Introduction aux GAD

Après avoir rempli le MDS — qui n'est, rappelons-le qu'une étape de la démarche RAI — l'équipe multidisciplinaire continuera à approfondir l'identification et l'évaluation des problèmes et des ressources du résident en utilisant les **GAD** selon une procédure décrite en détail au chapitre 4 et aussi en entreprenant des investigations supplémentaires pour tout problème spécifique du résident qui ne serait pas abordé dans le RAI.

Utilisés de concert avec le MDS, les GAD constituent la base sur laquelle on construira le plan de soins. Le RAI explore 18 domaines d'intervention majeurs en gérontologie et consacre un GAD à chacun de ces problèmes [3]. Chaque GAD rappelle les « signaux d'alarme » — tirés du MDS — qui indiquent le besoin d'une évaluation ou d'une révision supplémentaire (voir chapitre 6). Vous y trouverez aussi les **« Recommandations »** à propos d'évaluations ou d'examens complémentaires utiles pour déterminer si le plan de soins est approprié pour faire face aux problèmes indiqués par ces « signaux d'alarme ».

Les **« signaux d'alarme »** et leurs définitions fournissent à l'équipe multidisciplinaire des informations pour mieux comprendre les causes sous-jacentes d'un problème. Bien souvent, le personnel est conscient qu'un problème justifiant un plan de soins existe dans un domaine donné avant même l'examen des « Recommandations » correspondant au problème repéré par les signaux d'alarme. Les « Recommandations » aideront l'équipe à l'identifier plus précisément et lui indiqueront dans quelle direction rechercher des informations supplémentaires.

Après avoir étudié les GAD signalés par le tableau d'alarme du résident concerné, vous utiliserez **le formulaire « Récapitulation des GAD »** (voir annexe 2, p. 356) pour noter vos décisions à propos de la planification des soins et spécifier où, dans le dossier du résident, sont consignées les informations provenant de l'évaluation, capitales pour les situations problématiques considérées.

2.8.2. Liaison du MDS et des GAD avec la formulation du plan de soins

Lors de l'évaluation à l'admission, le résident arrive dans l'établissement au jour « J1 » avec une série de prescriptions médicales concernant son traitement. Habituellement, le personnel de l'établissement en prend connaissance, soulève éventuellement des questions, discute de la possibilité de modifications, ce qui peut entraîner des changements dans les prescriptions. En fin de compte, à l'arrivée, c'est le médecin traitant qui est responsable des prescriptions à partir desquelles de larges segments du plan de soins vont être construits.

Entre « J1 » et « J14 », les membres de l'équipe commencent à évaluer l'état du résident et à identifier ses problèmes. Ceci constitue le début de la démarche RAI. Avant d'avoir achevé cette démarche, on déterminera s'il y a des problèmes qui exigent une intervention immédiate (par exemple, un supplément de nourriture pour compenser une perte de poids, rassurer un résident qui se sent perdu à la suite de son entrée dans l'établissement). Pour chaque problème, l'équipe se concentrera sur les causes et établira un premier plan de soins fondé sur la compréhension déjà acquise des facteurs qui influencent l'état du résident.

---

3. *NdT :* les auteurs de la méthode ne prétendent pas à l'exhaustivité. Ils se sont limités aux domaines considérés comme les plus importants et qui couvrent environ 90 % des interventions d'aide et soins dans les établissements de longue durée. Les professionnels peuvent librement ajouter à cette liste d'autres domaines qui leur sembleraient pertinents.

Le MDS et les GAD apportent au clinicien des informations supplémentaires pour l'aider au début de la procédure de planification des soins. Le MDS garantit à l'équipe d'avoir accès suffisamment tôt à un large éventail de données d'évaluation. Les GAD fournissent des critères qui provoquent l'examen de situations potentiellement problématiques de façon logique et systématique. L'utilisation des « Recommandations » des GAD permet de s'assurer que l'ensemble des causes pertinentes possibles a été pris en considération.

Même si le MDS d'admission n'est pas achevé à la date limite (c'est-à-dire à la fin du 14e jour du séjour dans l'établissement), des interventions ont déjà été mises en place pour parer aux problèmes prioritaires. On aura identifié la plupart des domaines d'intervention (correspondant aux GAD), réfléchi à leurs causes possibles et établi les préliminaires d'un plan de soins. Rappelons que la rédaction du plan de soins final n'est requise que 7 jours après la fin de la démarche RAI.

Pour les problèmes « pointés » qui ont déjà été pris en compte dans le plan de soins, l'examen final des GAD permettra de s'assurer que tous les facteurs ont bien été considérés. Pour les domaines d'intervention où l'équipe de l'établissement n'a pas encore mis en place de programme de soins, l'examen du GAD se concentrera sur le fait de savoir s'il y a vraiment besoin d'une intervention. Pour tous les problèmes « pointés », l'équipe appliquera les « Recommandations » des GAD pour explorer en profondeur l'état du résident et déterminer s'il existe une situation qui mérite un plan de soins. Si oui, les « Recommandations » seront ensuite utilisées pour aider à déterminer la cause principale, les facteurs à prendre en compte pour l'élaboration du plan de soins, ceux sur lesquels on peut agir.

Lors d'une réévaluation annuelle ou d'une évaluation pour changement significatif, la démarche est fondamentalement la même que celle qui a été décrite pour les nouveaux arrivants. Mais, alors, un plan de soins est déjà en place. Le but de la réévaluation est de voir s'il convient de garder l'ancien plan de soins ou de le modifier. La comparaison du nouveau MDS avec l'ancien permet de repérer l'évolution de l'état du résident : quels sont les problèmes qui ont été résolus ou sont sous contrôle, quels nouveaux problèmes sont apparus. La consultation des problèmes signalés par le nouveau MDS permettra d'actualiser le plan de soins.

2.8.3. Rédaction du plan de soins

Le plan de soins du résident doit être élaboré ou modifié 7 jours après la fin de chaque procédure RAI. Après que tous les GAD « pointés » auront été étudiés, le coordinateur signera et datera le formulaire « Récapitulation des GAD » pour certifier l'achèvement de l'évaluation complète (items B1 et B2). On partira de cette date pour fixer le calendrier des objectifs fixés dans le plan de soins.

L'exigence de 7 jours pour l'élaboration ou la modification du plan de soins s'applique aux évaluations à l'admission, aux évaluations pour « changement significatif » et aux réévaluations annuelles. Un plan de soins nouveau n'a pas à être développé après chaque changement significatif ou chaque réévaluation annuelle. L'équipe révisera plutôt le plan de soins existant en s'appuyant sur les résultats de la plus récente évaluation complète. Après chaque évaluation trimestrielle, elle vérifiera si le plan de soins est toujours bien adapté à l'état du résident et le modifiera si nécessaire (se reporter au chapitre 5 pour plus d'information sur la planification des soins).

CHAPITRE 3
Commentaire point par point du MDS version 2.0

3.1. Types d'évaluation et formulaires correspondants

Pour recueillir l'information nécessaire à une bonne évaluation de l'état, des besoins et des ressources des résidents dans les établissements d'hébergement et de soins de longue durée, la démarche RAI version 2.0 utilise la série de formulaires officiels suivants (voir annexe 2) :

- **Le formulaire d'identification**. Formulaire de base, il comprend les 9 items de la section AA (Identification). Il doit être rempli lors de chaque évaluation complète ou trimestrielle (ou toute autre évaluation particulière). Il contient toutes les informations clés indispensables pour identifier et suivre les résidents, en particulier lorsque l'on utilise un système informatisé.
- **Le formulaire « Informations de base à l'admission ».** Ce formulaire contient les sections AB (Identification sociodémographique), AC (Habitudes de vie) et AD (Signature des participants au remplissage du formulaire). Il doit être rempli lors de la première évaluation à l'admission dans l'établissement.
- **Le MDS complet.** Ce MDS est formé des sections A (Identification et informations générales) à R (Informations relatives à l'évaluation). L'évaluation complète à l'aide du MDS doit être réalisée lors de l'admission, puis annuellement, ainsi qu'en cas de changement significatif de l'état du résident. Les deux dernières sections (T et U) sont utilisées pour recueillir des informations complémentaires nécessaires pour le calcul du modèle *Resource Utilization Groups, version 3* (RUG-III).
- **Le formulaire d'évaluation trimestrielle.** Il est formé d'un sous-ensemble de questions du MDS, de la section A (Identification et informations de base) à la section R (Informations sur l'évaluation). Il existe une version courte et une version plus étendue du formulaire d'évaluation trimestrielle. La version étendue permet le calcul du modèle RUG-III (voir annexe 2, p. 346).
- **Le tableau d'alarme**[1]**.** Il présente sous forme synthétique la façon dont on passe de l'information récoltée sur l'état du résident (dans le MDS) aux domaines d'intervention que l'équipe soignante devrait logiquement prendre en compte lors de l'établissement du plan de soins individualisé. Il rassemble de façon visuelle la liste des GAD à consulter pour explorer ces domaines. On trouve dans les deux colonnes de gauche les items du MDS et leurs codes respectifs qui, s'ils sont présents, « déclenchent » l'alarme dans la colonne correspondant au domaine d'intervention concerné.
- **Un formulaire pour la récapitulation résumée des problèmes du résident (« Récapitulation des GAD »).** Ce formulaire est utilisé pour noter quels sont les GAD qui ont été « pointés » à l'aide du tableau d'alarme. On y indique aussi l'endroit où se trouvent les documents concernant l'état clinique du résident, les éléments qui ont influé sur les décisions relatives au plan de soins et si un plan de soins a été établi pour le ou les GAD pointés. Une *récapitulation des GAD* doit être faite *chaque fois* qu'une démarche RAI est accomplie.

1. *NdT :* le manuel américain dans sa version 2.0 ne fait pas mention du tableau d'alarme, sans doute parce que ce dernier est, aux États-Unis, calculé automatiquement par la plupart des logiciels informatiques utilisés actuellement par les établissements (ce qui n'était pas le cas en 1991 lors du lancement de la version 1.0). Par souci pédagogique, nous avons décidé de le maintenir dans la version française, car il permet aux soignants de visualiser plus facilement comment on passe du MDS aux GAD.

Avec le MDS version 2.0, **deux nouveaux formulaires** ont été conçus pour suivre la trajectoire de chaque résident dans le système de soins. Chacun de ces formulaires de suivi contient les items 1 à 7 de la section AA (Identification) et une partie des codes de l'item AA8 (Motifs de l'évaluation).

Dans un système informatisé, les items 1 à 7 de la section AA ne sont remplis qu'une seule fois — lors de l'admission — et sont sauvegardés. Cependant, chaque fois que l'on ferme un dossier d'évaluation, ces informations sur l'identité du résident doivent être vérifiées en vue de toute évaluation ultérieure. À chaque sortie ou retour dans l'établissement, il est prévu qu'une personne (par exemple, un membre de l'administration) enregistre le mouvement à l'item AA8 (Motifs de l'évaluation). Le type d'évaluation à faire sera alors automatiquement généré par le système informatique.

Le système de suivi du résident comprend les deux formulaires suivants :

- **Formulaire de sortie.** Ce formulaire comporte les items 1 à 9 de la section AA (Identification), mais seulement 3 codes concernant la sortie pour l'item AA8 (Motifs de l'évaluation). Il comporte aussi les items AB1 et 2, A6 et R3 et 4.
  Dans un système informatisé, ce formulaire doit être complété quel que soit le moment où le résident quitte l'établissement pour toute raison autre qu'un séjour temporaire à domicile (une permission). C'est le seul formulaire qui doive toujours être rempli au moment d'une sortie de l'établissement. Le seul cas où d'autres formulaires doivent accompagner le « formulaire de sortie » est le suivant : si le résident quitte l'établissement pour quelque raison que ce soit dans les 14 jours après son admission et que vous êtes en mesure de remplir la forme complète du MDS avant son départ, le dossier informatisé du résident devra contenir :
  – un « formulaire d'identification » ;
  – un formulaire « Informations de base à l'admission » ;
  – un MDS complet ;
  – et un formulaire de sortie.
  Dans ce cas, codez **1** (évaluation initiale dans les 14 jours) pour l'item AA8 (Motifs de l'évaluation) à la fois sur le « formulaire d'identification » et sur le MDS. À l'item AA8 du formulaire de sortie, codez **6** (Sortie/retour non prévu) ou **7** (Sortie/retour prévu) selon le cas.

- **Formulaire de réadmission.** Ce formulaire comporte les items 1 à 9 de la section AA (Identification) mais *un seul code (celui correspondant au retour) pour l'item AA8 (Motifs de l'évaluation)*. Il comporte aussi les items A4a (Date de réadmission) et A4b (Provenance) et A6 (Numéro de dossier médical).
  Dans un système informatisé, ce formulaire est rempli chaque fois que le résident revient dans l'établissement après un séjour temporaire à l'hôpital ou toute autre institution de soins. C'est le seul formulaire qui doit toujours être rempli lors d'un retour dans l'établissement.

Le seul cas où d'autres formulaires accompagneront le formulaire de réadmission est le suivant : si le résident revient dans l'établissement après une admission temporaire dans un hôpital ou toute autre institution de soins ET présente des critères d'un changement significatif (cf. p. 19 *et sq.*), un MDS complet doit être rempli. Le dossier informatisé du résident contiendra donc :
– un formulaire de réadmission ;
– un formulaire d'identification ;
– et un MDS complet.

Dans ce cas, codez **9** (Réadmission) l'item AA8 (Motifs de l'évaluation) sur le formulaire de réadmission ; tandis que vous coderez **3** (Évaluation pour changement significatif) l'item AA8 (Motifs de l'évaluation) du formulaire d'identification et du MDS.

Les tableaux 4 et 5 présentent les formulaires à utiliser en fonction du type d'évaluation (tableau 1) et leur structure (tableau 2).

TABLEAU 4 : Les formulaires du RAI version 2.0 selon le type d'évaluation

	FORMULAIRE		Identi-fication	Informations à l'admission	MDS 2.0	Évaluation trimestrielle: • pour RUGS ou • forme abrégée	Tableau d'alarme	Récapitulation des GAD « pointés »	Sortie Réadmission	
	Type d'évaluation									
1	Évaluation à l'admission	Avant le 14e jour								
2	Évaluation annuelle	12 mois après								
3	Évaluation pour changement significatif	Quand il y a lieu								
4	Correction significative d'une évaluation précédente	Quand il y a lieu								
5	Évaluation trimestrielle	Tous les 3 mois								
6	Sortie : • retour prévu									
7	• retour non prévu									
8					**Partiel** éventuellement					
9	Réadmission									
10	Réadmission avec changement significatif									

TABLEAU 5 : Contenu des différents formulaires du RAI version 2.0

Code	SECTIONS Intitulé	FORMULAIRE							
		Identi-fication	Informations à l'admission	MDS 2.0 complet	Évaluation trimestrielle	Tableau d'alarme	Récapitulation des GAD	Sortie	Réad-mission
Section AA	Identification	■	■	■	■	■	■	■	■
Section AB	Identification sociodémographique		■					▒	▒
Section AC	Habitudes de vie		■						
Section AD	Signatures		■						
Section A	Identification et informations de base			■	▒			▒	▒
Section B	État cognitif			■	▒	▒			
Section C	Communication/audition			■	▒	▒			
Section D	Vision			■	▒	▒			
Section E	Humeur et comportement			■	▒	▒			
Section F	Bien-être psychosocial			■	▒	▒			
Section G	Problèmes physiques et fonctionnels			■	▒	▒			
Section H	Continence			■	▒	▒			
Section I	Diagnostics médicaux			■	▒	▒			
Section J	Problèmes de santé			■	▒	▒			
Section K	État buccal et nutritionnel			■	▒	▒			
Section L	État bucco-dentaire			■	▒	▒			
Section M	Problèmes de peau			■	▒	▒			
Section N	Occupations			■	▒	▒			
Section O	Médicaments			■	▒	▒			
Section P	Procédures et traitements spéciaux			■	▒	▒			
Section Q	Perspectives de sortie/état général			■	▒				
Section R	Informations relatives à l'évaluation			■	▒			▒	
Section S	Section réservée								
Sections T et U	Supplément pour *Case-Mix*	Spécifique pour *Case-Mix*							
Récapitulation des GAD « pointés »		Récapitulation des GAD « pointés » et documents sur les décisions pour le plan de soins							

■ Section complète ▒ Sélection d'items

3.2. Vue générale de ce chapitre

Ce chapitre doit être utilisé avec la version 2.0 (octobre 1995) du MDS que vous trouverez à l'annexe 2. Les changements dans la version 2.0 du MDS ont été introduits pour répondre aux commentaires et suggestions portant sur la première version du MDS. Ils proviennent de professionnels de santé, de responsables d'établissement, de représentants de groupes d'usagers, etc. Quelques questions ont été supprimées, d'autres modifiées ou ajoutées. Par rapport au chapitre correspondant du premier manuel RAI publié en décembre 1991, ce chapitre présente d'importants éléments nouveaux, davantage d'exemples et des définitions affinées.

Ce chapitre fournit des informations qui permettront d'apporter précision et uniformité aux évaluations. Pour chaque item on trouvera :

- L'objectif de l'item du formulaire.
- Des définitions, des exemples et des instructions supplémentaires pour remplir cet item.
- Un rappel lorsque la période d'observation est différente de la période standard de 7 jours.
- Les sources d'information à consulter pour remplir certains items particuliers du MDS.

3.3. Comment utiliser ce chapitre ?

Ce chapitre vous accompagnera tout au long du remplissage du formulaire du MDS version 2.0 que vous garderez devant vous en permanence. Le formulaire lui-même contient déjà beaucoup d'informations. Vous vous y conformerez pour les définitions et les procédures nécessaires à une bonne évaluation. Dans ce chapitre, vous trouverez des informations qui vous apporteront d'autres éclaircissements vous facilitant encore l'utilisation des formulaires. Les items y sont étudiés dans le même ordre que sur le MDS. Lorsque les items sont présentés sous une autre forme, cela est signalé dans le texte.

L'encadré ci-dessous résume les moyens à votre disposition pour bien maîtriser le MDS. Le temps investi dans les étapes successives de cet examen sera largement récompensé.

Comment vous familiariser avec le MDS ?

1. Tout d'abord, examinez le formulaire MDS

- Remarquez comment les sections sont organisées et comment les informations doivent être notées.
- Ne travaillez que sur une seule section à la fois.
- Examinez les définitions contenues dans chaque rubrique et les réponses possibles.
- Revoyez les recommandations, les périodes d'observation à respecter et les conventions en matière de codage.
- Les définitions et les instructions sont-elles claires ? Sont-elles différentes de celles qui sont appliquées dans votre établissement ? Quels sont les domaines qui nécessitent des éclaircissements ?
- Remplissez le MDS pour un des résidents de votre établissement. Faites-le uniquement en fonction de vos connaissances sur cette personne. Inscrivez les codes appropriés sur le formulaire. Là où vous auriez besoin d'informations complémentaires, prenez-en note. *Où pourriez-vous trouver des renseignements complémentaires ?*

2. Complétez ce premier remplissage par la lecture de ce chapitre

- Ne passez à cette étape qu'après avoir examiné le formulaire MDS et essayé de remplir tous les items pour un résident que vous connaissez bien.
- En lisant ce chapitre, clarifiez les questions soulevées lorsque vous avez rempli pour la première fois le formulaire. Notez quels sont les passages de ce manuel qui vous ont apporté de l'aide pour les difficultés de procédure ou de codage que vous avez rencontrées.
- Une nouvelle fois, lisez les instructions qui concernent une section du MDS. Assurez-vous de bien comprendre ces informations avant de passer à une autre section.
- Revoyez le cas que vous avez complété comme test. Coderiez-vous toujours de la même façon ? Cela prendra du temps pour étudier tous ces documents. Allez doucement. Ne vous précipitez pas. N'étudiez qu'une seule section du manuel à la fois.
- Êtes-vous surpris(e) par certaines définitions du MDS, par des instructions ou par des exemples proposés ? Par exemple, avez-vous compris comment coder les AVQ ? ou bien l'humeur ?
- Est-ce que certaines définitions sont différentes de ce que vous aviez compris lors de la lecture du formulaire MDS ?
- Est-ce que, maintenant, vous rempliriez différemment le premier cas que vous avez évalué ?
- Y a-t-il des définitions ou des instructions qui sont différentes de celles qui ont cours dans votre établissement ?
- Prenez des notes sur chaque section de ce manuel qui vous pose problème. Préparez-vous à discuter ces questions pendant les sessions de formation.
- Lisez et faites les exercices proposés à la fin de ce chapitre ou contactez une personne ressource.
- Lisez et complétez le cas test présenté à la fin du chapitre 4 (p. 191 *et sq.*).

3. Lors d'une seconde lecture de ce chapitre, concentrez-vous sur les questions qui vous ont posé le plus de problèmes au premier passage

- Prenez des notes sur le formulaire MDS au sujet des questions qui exigent votre attention.
- Familiarisez-vous ensuite avec les définitions et les procédures auxquelles vous n'êtes pas habitué(e) et qui semblent poser problème.
- Relisez chaque exemple de cas présenté dans ce chapitre.

4. La troisième lecture de ce chapitre interviendra sans doute au moment de la session de formation à la démarche RAI dans votre établissement

- Cette formation vous offrira une nouvelle occasion de revoir le contenu de ce chapitre. Si vous avez des questions, posez-les durant cette session.

Si vous êtes déjà familier du MDS et que vous vous reportez à ce chapitre pour étudier les nouveaux items apparus dans la version 2.0 du MDS, reportez-vous au formulaire MDS (annexe 2).

Ce chapitre présente différents types de nouveautés : définition des items, exemples et recommandations sur la façon de réaliser l'évaluation. Vous y trouverez donc de nouvelles informations très utiles sur des items qui existaient déjà dans la première version du MDS.

3.4. Quelle est la structure standard de ce chapitre ?

Pour faciliter le remplissage de la version 2.0 du MDS et assurer une bonne interprétation des items, ce chapitre présente les informations suivantes pour la plupart des items (mais pas pour tous) :

Objectif : Présentation des raisons pour lesquelles on a retenu cet item (ou ce groupe d'items) dans le MDS et explication de la manière dont l'équipe de soins va utiliser l'information recueillie pour identifier les problèmes du résident et élaborer un plan de soins.

Définition : Explication des mots-clés.

Procédure : Sources d'information et méthode pour déterminer la réponse correcte à un item. Les informations proviennent :

- de discussions avec le personnel de l'établissement, quelle que soit sa qualification ;
- des dossiers de soins, administratif, de transfert (d'admission), des ordonnances médicales, des résultats de laboratoire, des feuilles de traitement, des pancartes (avec constantes vitales, poids, bilan hydrique), des plans de soins et de tout document utilisé dans l'établissement ;
- de l'observation du résident ;
- d'entretiens avec celui-ci ;
- de la famille du résident ;
- du médecin traitant.

Codage : Méthode prévue pour l'enregistrement de chaque réponse, avec l'explication de chaque catégorie de réponse.

3.5. Instructions item par item pour le formulaire du MDS

Cette partie du chapitre suit l'ordre d'apparition des items dans le MDS version 2.0. Remarquez que le nom de la section du MDS apparaît en titre courant au haut de chaque page : ceci vous facilitera l'utilisation de ce chapitre comme outil de référence. *Rappel :* nous avons signalé les quelques différences lexicales entre pays francophones par (F) pour la France, (CH) pour la Suisse et (Ca) pour le Canada.

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION

Ce formulaire recueille les informations indispensables pour identifier de façon unique chaque résident, le lieu où il réside et les motifs de cette évaluation. Une copie de ce formulaire doit accompagner chaque évaluation complète ou trimestrielle. Ceci est important, en particulier pour l'archivage informatisé.

Section AA.

Identification

1. NOM DU RÉSIDENT

Définition : Nom légal inscrit sur le dossier

Codage : Écrivez en majuscules. Inscrivez d'abord le nom de famille, puis le prénom. (*Remarque* : si le résident utilise son deuxième prénom, inscrivez-le en entier.) Ajoutez éventuellement le nom « d'usage ».

2. SEXE

Codage : Inscrivez **1** pour masculin, **2** pour féminin.

3. DATE DE NAISSANCE

Codage : Remplissez les cases avec les chiffres appropriés. Ne laissez aucune case vide. Si le jour ou le mois ne comporte qu'un seul chiffre, remplissez la première case avec un **0**. Par exemple, le 2 janvier 1918 doit être inscrit comme suit :

0	2		0	1		1	9	1	8
Jour			Mois			Année			

4. NATIONALITÉ

Procédure : Inscrivez la nationalité que le résident utilise pour se qualifier lui-même. Consultez le résident, si nécessaire. Par exemple, si le résident a deux nationalités différentes, consultez-le pour déterminer comment il désire être identifié.

Codage : Ne choisissez qu'une réponse. *NdT :* dans le MDS original américain, compte tenu du contexte démographique, la nationalité est enregistrée sous 5 codes (un sous-item b. enregistre l'ethnie). Par convention, dans les versions traduites, le code **1** est attribué à la nationalité du pays utilisateur (suisse en Suisse romande, française en France, canadienne pour le Canada, etc.). Les autres nationalités seront codées **5** et notées en clair. Pour des raisons de compatibilité des logiciels informatiques, les codes **2, 3 et 4** sont conservés sur le formulaire. Ils peuvent éventuellement être utilisés selon les nécessités locales.

5. NUMÉRO D'ASSURÉ SOCIAL (F), NUMÉRO AVS (CH)

Objectif : Saisir l'identifiant du résident.

Procédure : Se reporter au dossier de soins. Si ce numéro n'y est pas, consultez les services administratifs.

Codage : **Commencez à écrire dans la case de gauche.** Vérifiez que chaque chiffre est noté correctement. Dans quelques rares cas, le résident peut ne pas avoir de numéro de sécurité sociale. Dans ce cas, recherchez un autre identifiant qui puisse lui être substitué. Inscrivez un **C** dans la première case à gauche, puis le numéro lui-même en commençant par la seconde case à gauche.

6. NOM ET CODE DE L'ÉTABLISSEMENT

Objectif : Saisir l'identifiant de l'établissement.

Définition : Le numéro d'identification que l'Administration ou le ministère provincial (Ca) a attribué à votre établissement. Pour la France, il s'agit du numéro FINESS.

Procédure : Vous obtiendrez ce numéro auprès des services administratifs de votre établissement. (*Remarque :* une fois que vous aurez obtenu ce numéro, il sera utilisé pour tous les résidents.)

Codage : Commencez à écrire dans la case de gauche. Inscrivez un seul chiffre par case. Vérifiez que chaque chiffre a été enregistré correctement.

7. NUMÉRO DE MUTUELLE (F) OU DE CAISSE MALADIE (CH)

Codage : Commencez à écrire dans la case de gauche. Entrez un seul chiffre par case. Vérifiez que chaque chiffre a été enregistré correctement.
- Si ce numéro est en attente, inscrivez **« + »** dans la case de gauche.
- Si la question est sans objet car le résident n'a pas de mutuelle ou d'assurance complémentaire, inscrivez **N** dans la case la plus à gauche.

8. MOTIF DE L'ÉVALUATION

a. Motif de l'évaluation

Objectif : Notez la raison pour laquelle vous réalisez cette évaluation selon les différentes catégories de type d'évaluation. La plupart des types d'évaluation cités ci-dessous requièrent le remplissage du MDS, l'étude des guides d'analyse par domaines d'intervention (GAD) qui ont été repérés par le « Tableau d'alarme » et l'élaboration ou la révision d'un plan de soins global dans les 7 jours qui suivent l'achèvement du MDS et de l'analyse des GAD.

Remarque : une « évaluation trimestrielle » (A8 = 5) ne vous demande de répondre qu'à un nombre limité d'items du MDS (voir le formulaire d'évaluation trimestrielle à l'annexe 2). Notez qu'il est possible de choisir à la fois un code de l'item AA8a (Motifs de l'évaluation) et AA8b (Évaluation spéciale).

Évaluation minimale requise à la sortie. Avec l'allégement de la version 2.0 du MDS, lorsqu'on utilise un système informatisé, une liste minimale d'items du MDS doit être remplie lors de toute entrée ou sortie d'un établissement. Ces items apparaissent sur les formulaires spécifiques. Il en va de même pour l'item 8 (Motifs de l'évaluation). Cet item est listé comme item 8 dans la section AA du formulaire de sortie et du formulaire de réadmission et comme item AA8a sur le formulaire d'identification.

Définitions : 1. **Évaluation à l'admission.**
Évaluation complète à l'aide du MDS devant être achevée au plus tard le 14e jour après l'admission. (*Remarque :* ce code est aussi utilisé si le résident est réadmis après une sortie lorsque le retour n'avait pas été prévu.)

2. Évaluation annuelle.
Réévaluation complète requise dans les 12 mois suivant la plus récente évaluation. Si un changement significatif apparaît, codez **3** (Évaluation pour changement significatif). NE CODEZ PAS **2** comme « Évaluation annuelle ».

3. Évaluation pour changement significatif.
Une réévaluation complète est suggérée par un « changement important » qui n'est pas ponctuel mais retentit sur plus d'un aspect de l'état clinique du résident et qui requiert une reprise ou une révision du plan de soins multidisciplinaire pour s'assurer que les soins dispensés sont toujours appropriés. Quand un tel changement est survenu, l'évaluation doit être achevée pour le 14e jour suivant le moment où il a été observé. **Voir ci-après p. 61, les critères de définition de la survenue d'un changement significatif, qu'il s'agisse d'une amélioration ou d'un déclin.**

4. Correction significative d'une évaluation précédente.
Réévaluation complète à l'initiative de l'établissement parce que la précédente évaluation était imprécise ou incomplète. Ceci diffère d'une « Évaluation pour changement significatif » car, dans ce dernier cas, il s'est produit un réel changement dans l'état de la personne.

5. Évaluation trimestrielle.
Le formulaire « Évaluation trimestrielle » comprend une sélection d'items du MDS. Il doit normalement être rempli au moins tous les trois mois, entre les évaluations annuelles. Cette évaluation assure que le plan de soins est correct et mis à jour. Elle permet aussi de repérer les cas où il se serait produit des changements significatifs dans l'état du résident. Si un tel changement est repéré, utilisez le code **3** (Évaluation pour changement significatif). NE CODEZ PAS **5** (Évaluation trimestrielle).

Remarque : les codes suivants : **6, 7 et 8** ne sont pas utilisés sur ce formulaire mais à l'item A8 du MDS et AA8 du « formulaire de sortie ».

6. Sortie (retour non prévu).
Utilisez ce code lorsqu'un résident sort de façon durable de l'établissement. Ceci fournit le moyen de « fermer » le dossier de tout résident lorsqu'il quitte l'institution (sans retour prévu).

7. Sortie (retour prévu).
Utilisez ce code lorsqu'un résident part séjourner temporairement hors de l'établissement (hôpital, tout autre type d'établissement de soins, domicile privé, famille…).

8. Sortie avant la fin de l'évaluation initiale.
Utilisez ce code lorsqu'un résident sort durant les 14 premiers jours de son séjour **ET** que le MDS n'a été que partiellement rempli. Quelques informations sont recueillies pour tous les résidents quelle que soit la durée de leur séjour. Même un résident qui n'est resté que très peu de temps (une journée, par exemple) doit être enregistré. En même temps, rappelez-vous que vous avez 14 jours pour remplir complètement le MDS : l'usage de ce code vous permet d'identifier les personnes qui sont sorties, ont été transférées ou sont décédées avant le 14e jour, ce qui a interrompu l'évaluation.

Remarque : le code suivant (**9**) n'est pas utilisé sur ce formulaire mais sur le MDS, item A8, et sur le « formulaire de réadmission », item AA8.

9. Réadmission.
Utilisez ce code lorsqu'un résident de votre établissement est réadmis après un transfert temporaire hors de l'établissement.

0. Aucune des rubriques ci-dessus.
Utilisez ce code lorsque vous ne remplissez pas le MDS pour l'une des raisons listées ci-dessus mais pour l'une de celles qui sont référencées à l'item **AA8b** ci-dessous. Ceci indique que l'évaluation a été faite pour un motif spécial. Dans ce cas, codez le motif de l'évaluation à l'item **AA8b**.

b. Évaluation spéciale

Il est possible de choisir simultanément un code AA8a « Motifs de l'évaluation » et un code de l'item AA8b « Évaluation spéciale ». Par exemple : AA8a codé **3** (Évaluation pour changement significatif) et AA8b codé **3** (Évaluation au 60e jour).

1. Évaluation au 5e jour.

2. Évaluation au 30e jour.

3. Évaluation au 60e jour.
Dans ce cas, la première évaluation trimestrielle se fait à 90 jours.

4. Évaluation trimestrielle avec MDS complet.
En principe, l'évaluation trimestrielle ne requiert pas l'utilisation du MDS complet. Ce code sera utilisé si, dans le cadre d'études particulières, on choisit de recourir au MDS complet.

5. Évaluation lors de réadmission ou retour.

6. Autre motif.
Dans le cas d'une évaluation réalisée pour des motifs particuliers.

Codage : Entrez le chiffre correspondant au motif principal d'évaluation.

9. SIGNATURES DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ AU REMPLISSAGE DE CETTE SECTION

Codage : Les membres du personnel qui ont rempli les parties de la section AA (Identification) doivent apposer leur signature, indiquer leur fonction et la date à laquelle ils l'ont fait.

INFORMATIONS DE BASE À L'ADMISSION

Ce document permet de recueillir les informations sociodémographiques générales (section AB) et les habitudes du résident antérieures à son arrivée dans l'établissement (section AC). La section AD concerne les signatures des participants au recueil des données.

Section AB.

Identification sociodémographique

1. DATE D'ENTRÉE

Objectif : Normalement, le formulaire « Informations de base à l'admission » (sections AB et AC) n'est rempli qu'une seule fois, quand une personne est admise pour la première fois dans l'établissement. Cependant, il est aussi nécessaire de remplir cette page d'information de base si une personne revient dans votre établissement après une sortie, alors que ce retour n'avait pas été prévu. Ne la remplissez pas après une absence provisoire pour une hospitalisation, une cure ou un séjour bref au domicile. **Tenant compte de cette définition, notez la date à laquelle la personne a été admise à résider dans votre établissement.**

Les politiques d'admission et d'occupation des lits varient selon les régions. La façon dont les établissements « ouvrent » et « ferment » les dossiers varie probablement aussi. Certains établissements « ferment » le dossier du résident pour un bref séjour à l'hôpital et « ouvrent » un nouveau dossier quand il en revient. D'autres laissent le dossier « ouvert » même si le résident est transféré pour un séjour temporaire à l'hôpital. **Pour le MDS, la « date d'entrée » est la date à laquelle le résident est entré dans l'établissement pour être pris en charge, quelle que soit la façon dont les dossiers cliniques sont administrativement « ouverts » ou « fermés » durant la durée du séjour, selon la pratique de l'établissement**.

Définition : **Date où le séjour dans l'établissement a commencé.** La date à laquelle le résident a été le plus récemment admis dans votre établissement. S'il est sorti auparavant sans qu'un retour ait été prévu (retour à domicile ou transfert dans un autre établissement), notez la plus récente date d'admission. Cependant, si votre établissement ouvre un nouveau dossier à chaque retour de séjour temporaire à l'hôpital ou en convalescence, vous remplirez le formulaire « Informations de base à l'admission » uniquement lors de l'évaluation initiale. Ne le remplissez pas au moment du retour après une sortie provisoire, même si vous devez remplir le reste du MDS (par exemple, lorsqu'une évaluation est requise pour un changement significatif).

Procédure : Relevez cette date dans le dossier de soins. Si elle n'y figure pas, renseignez-vous auprès des services administratifs compétents.

Codage : Utilisez toutes les cases. Pour les mois ou les jours s'écrivant avec un seul chiffre, notez 0 (zéro) dans la première case. Par exemple, le 3 février 1994 sera noté :

0	3		0	2		1	9	9	4
Jour			Mois			Année			

EXEMPLE

Codage de la date d'entrée

- Mme F., diabétique, vivait avec sa fille quand elle s'est fracturé la hanche gauche en tombant d'un escabeau. Elle a passé quelques jours à l'hôpital après l'opération et a ensuite été admise dans un établissement le 26 mai 1994 pour réadaptation. Trois semaines plus tard (le 16 juin 1994), Mme F. est repartie à l'hôpital pour traiter une infection de la cicatrice et une altération de son état général. Elle en est revenue 8 jours plus tard (24 juin 1994). Dans ce cas, inscrivez la date suivante sur le formulaire de base à l'admission :

2	6		0	5		1	9	9	4

Explication : les sections AB et AC du MDS sont remplies quand le résident entre pour la première fois comme résident dans l'établissement. Dans le cas de Mme F., il n'est pas nécessaire de remplir un nouveau formulaire « Informations de base à l'admission » lors d'une réadmission après un séjour temporaire à l'hôpital dès lors que son retour dans l'établissement était prévu.

2. PROVENANCE (À L'ADMISSION)

Objectif : Faciliter l'élaboration du plan de soins en s'informant du lieu où était le résident avant son admission dans l'établissement à la date notée à l'item AB1. Par exemple, si l'admission a été faite à partir d'un hôpital (de soins aigus), une revue immédiate de la médication en cours sera justifiée car le résident pourrait présenter un risque accru de confusion mentale (*delirium*) ou se remettre d'un état confusionnel associé à une maladie aiguë, à la prise de médicaments ou à une anesthésie. Si le résident est admis à partir de son domicile, il peut être marqué par les pertes liées à l'abandon de ce domicile et de son indépendance.

Quelles que soient les situations individuelles, connaître la situation antérieure peut aussi permettre des prises de contact pour éclaircir un problème. Par exemple, si le résident admis à partir de son domicile bénéficiait de service de soins à domicile, un contact téléphonique avec l'infirmière de ce service peut faire connaître des aspects de la situation du résident qu'on ne trouvera pas dans les dossiers écrits.

Définitions : **Domicile privé.** Toute maison ou appartement privé (que le résident en soit propriétaire ou non).

Services d'aide et de soins à domicile. Ceci inclut les soins infirmiers, paramédicaux — kinésithérapeute (F) ou physiothérapeute (CH), ergothérapeute, orthophoniste (F) ou logopédiste (CH), etc.) —, les services nutritionnels, médicaux, psychiatriques prodigués au domicile. Sont également inclus les services suivants : aide-ménagère, repas à domicile, téléalarme, transport, service de répit et centre de jour pour adulte, à moins qu'ils ne soient offerts de façon conjointe aux services de santé à domicile proprement dits (ci-dessus). *Est exclu :* employé(e) de maison.

« **Résidence services** ». Résidence qui peut offrir la possibilité de recourir à des services tels que : repas, services d'aide-ménagère, soins infirmiers, soutien social. On inclut dans cette catégorie les pensions de famille, les foyers-logements, les maisons de retraite sans section de cure médicale (F). Ces habitations offrent en général un cadre architectural adapté (accessibilité).

Établissement de soins de longue durée. Comprend en Suisse, les établissements médico-sociaux (EMS), les *homes* médicalisés ; en France, les résidences de long séjour médicalisé (services hospitaliers de soins de longue durée, section de cure médicale d'un établissement quel que soit son statut.)

Procédure : Reportez-vous au dossier d'admission. Consultez le résident et sa famille.

Codage : Choisissez une seule réponse.

EXEMPLE

Provenance à l'admission

- M. F., qui vivait à son domicile avec sa femme, a été admis dans un hôpital de soins aigus pour un accident vasculaire cérébral. Il a été transféré de l'hôpital dans votre établissement de soins de longue durée, pour réadaptation. Puisque M. F. a été admis dans votre établissement à partir d'un hôpital de soins aigus, c'est le code **5** qui est approprié.

3. VIVAIT SEUL (AVANT L'ADMISSION)

Objectif : S'informer sur la composition du ménage (F : tous ceux qui vivent sous la même clé, selon la définition de l'INSEE) antérieure à l'admission.

Définition : **En institution.** Tout entourage institutionnel ou de soutien, tel qu'un établissement d'hébergement et de soins de longue durée, une résidence services, une pension, etc.

Procédure : Revoyez les dossiers d'admission. Consultez le résident et sa famille.

Codage : Si le résident vivait dans un autre établissement avant son admission, codez **2**. Sinon, codez **0** ou **1** selon le cas.

EXEMPLES

Vivait seul(e)

- Mme H. vivait à son domicile et ses filles se relayaient pour dormir chez elle de façon à ce qu'elle ne soit jamais seule la nuit. **Codez 0 pour « Non »** (ne vivait pas seule). Cependant, si ses filles ne venaient que 3 ou 4 nuits par semaine, **codez 1 pour « Oui » (vivait seule**).
- M. J. vivait dans son appartement au second étage d'une maison et était l'objet de l'attention constante de sa famille qui vivait au premier étage. **Codez 0 pour « Non » (ne vivait pas seul).**
- M. D. vivait avec sa femme dans un établissement pour personnes âgées avant son admission. **Codez 0 pour « Non » (ne vivait pas seul).**
- Mme X. s'occupait de ses deux petits-enfants qui vivaient avec elle après le divorce de leurs parents. **Codez 0 pour « Non » (ne vivait pas seule).**
- Mme K. a été admise directement d'un hôpital de soins aigus. Avant ce séjour à l'hôpital elle vivait seule dans son appartement. **Codez 1 pour « Oui » (vivait seule).**
- M. M., aveugle de naissance, a été admis dans l'établissement avec son chien d'aveugle, Rex. Monsieur M. et Rex vivaient ensemble depuis les dix dernières années dans une maison pour personnes âgées. **Codez 1 pour « Oui » (vivait seul).**
- M. G. vivait dans une résidence services. **Codez 2 (dans un autre établissement).**

4. CODE POSTAL DU DOMICILE ANTÉRIEUR

Définition : **Domicile antérieur.** Il s'agit de la dernière adresse privée à laquelle le résident a habité avant l'admission dans l'établissement. « Domicile » désigne une maison ou un appartement. Si le résident a été admis dans votre établissement à partir d'un autre établissement, le « domicile antérieur » est l'adresse du domicile du résident *avant* l'entrée dans cette autre institution.

Procédure : Reportez-vous au dossier d'admission du résident et aux dossiers de transfert si nécessaire. Interrogez le résident et sa famille. Vérifiez auprès des services administratifs de votre établissement.

Codage : Inscrivez un chiffre par case en commençant par la case de gauche. Par exemple, 57730 VALMONT sera saisi ainsi :

5	**7**	**7**	**3**	**0**

5. SÉJOUR EN INSTITUTION AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES AVANT L'ENTRÉE DANS L'ÉTABLISSEMENT

Objectif : Informer des expériences précédentes de vie en groupe ou en institution.

Définitions : **Séjour antérieur dans cet établissement.** Le séjour précédent du résident s'était achevé par une sortie (sans retour attendu) vers le domicile, un autre établissement d'hébergement de longue durée ou (parfois) par une hospitalisation.

Séjour dans un autre établissement d'hébergement/soins de longue durée (EMS en Suisse). Séjour antérieur dans un ou plusieurs établissements autres que celui-ci.

« Résidence services ». Résidence qui peut offrir la possibilité de recourir à des services tels que repas, services d'aide-ménagère, soins infirmiers, soutien social. On inclut dans cette catégorie les pensions de famille, les foyers-logements, les maisons de retraite sans section de cure médicale (F). Ces habitations offrent en général un cadre architectural adapté (accessibilité).

Établissement de santé mentale ou psychiatrique. Par exemple, hôpital ou institution psychiatrique, unité psychiatrique d'un hôpital général, appartement thérapeutique.

Institution pour handicapés mentaux. Par exemple, institution pour handicapés mentaux, structure intermédiaire (séjour temporaire ou accueil de jour), appartement de groupe protégé.

Procédure : Reportez-vous au dossier d'admission. Consultez le résident ou sa famille. Consultez son médecin.

Codage : Vérifiez chaque institution dans laquelle le résident a vécu au cours des 5 dernières années avant la « date d'entrée » (notée à l'item AB1). Ne pas considérer les séjours limités pour un traitement ou une réadaptation dès lors que le résident conservait son domicile et y retournait (c'est-à-dire l'endroit que le résident désignait comme « chez lui » à cette époque). Si le résident n'a vécu dans aucun de ces lieux au cours des 5 dernières années, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

6. PROFESSION ANTÉRIEURE DÉCLARÉE

Objectif : Identifier les rôles antérieurs du résident, ce qui vous aidera à vous adresser à lui de la façon la plus adaptée. Par exemple, un médecin pourrait apprécier d'être appelé « docteur ». Connaître la profession antérieure d'une personne est aussi utile pour l'élaboration du plan de soins. Par exemple, un menuisier pourrait trouver plaisir à travailler dans un atelier.

Codage : Notez le métier ou la profession (le titre) qui décrit l'activité principale du résident avant sa retraite ou son entrée dans l'établissement. Commencez par la case la plus à gauche.

Si vous identifiez deux métiers, mettez un **« / »** entre ces deux métiers. Pour une personne qui a exercé deux métiers, par exemple charpentier et veilleur de nuit, notez : « Charpentier/veilleur de nuit ». Pour un malade mental qui n'a jamais eu d'occupation professionnelle, inscrivez « AUCUNE ».

Pour une femme dont l'occupation principale s'est déroulée au foyer, il sera noté « femme au foyer ». Cependant, lorsqu'une femme a exercé une profession puis l'a abandonnée pour s'occuper de ses enfants et n'a pas repris d'activité par la suite, il est utile de rechercher ladite profession car la personne peut fort bien avoir conservé une forte identification à ce rôle professionnel. Il conviendra alors de rajouter cette profession après la mention « femme au foyer ».

7. SCOLARITÉ (NIVEAU LE PLUS ÉLEVÉ ATTEINT)

Objectif : Notez le niveau de formation le plus élevé atteint par le résident. La connaissance de cette information est utile pour l'évaluation (par exemple, pour interpréter l'état cognitif et le langage), pour le plan de soins (par exemple, pour décider sur quel programme d'activité se concentrer) et pour l'apprentissage du résident à l'autonomie pour ses soins.

Définition : Le niveau le plus élevé de formation atteint.

Procédure : Demandez au résident ou à d'autres personnes bien informées.

Codage : Codez la meilleure réponse. Pour les personnes présentant un retard mental ou les malades mentaux qui ont bénéficié d'éducation spéciale, codez **2**.

8. LANGUE

Définition : **a. Langue maternelle.**
La langue dans laquelle le résident s'exprime ou comprend spontanément.

Procédure : Parlez avec le résident ou sa famille. Observez et écoutez. Consultez le dossier de soins.

Codage : Entrez **0** pour français, **1** pour une autre langue. Dans ce cas, spécifiez la langue à l'item AA8b en commençant par la case la plus à gauche.

EXEMPLE

Langue

- Mme F. a émigré avec sa famille du Maroc il y a plusieurs années. Elle ne comprend et ne parle que très peu le français. Elle dépend de sa famille pour lui traduire les informations en arabe. Codez :
  a. Langue maternelle **1** (autre)
  b. Si autre, précisez :

A	**R**	**A**	**B**	**E**					

NdT : dans l'édition américaine du RAI, le MDS contient, dans sa section AB (Identification sociodémographique), deux rubriques que nous n'avons pas reprises dans l'édition française. Il s'agit des rubriques AB9 (Antécédents de troubles mentaux) et AB10 (Troubles liés au retard mental) dont l'objectif est de documenter la présence éventuelle chez le résident d'un diagnostic primaire ou secondaire de maladie psychiatrique ou de trouble du développement (voir p. 51). Nous avons jugé que ces rubriques faisaient double emploi avec celles de la section I (Diagnostics médicaux) et n'avaient pas leur place dans la section du MDS consacrée aux informations d'ordre sociodémographique. Cette modification a été faite avec l'accord des auteurs américains. Nous en conservons la présentation ici pour ceux qui souhaiteraient les utiliser pour un objectif particulier.

9. ANTÉCÉDENTS DE TROUBLES MENTAUX

Objectif : Informer sur un diagnostic principal ou secondaire de maladie psychiatrique ou de déficience du développement mental.

Définition : Le résident présente l'une des pathologies suivantes :

- Un trouble schizophrénique, de l'humeur, paranoïaque, panique ou tout autre trouble anxieux majeur, trouble de la personnalité ; autre trouble psychotique, tout autre trouble mental pouvant conduire à un état chronique d'incapacité mentale.
- Mais pas de diagnostic primaire de démence (y compris de maladie d'Alzheimer ou d'une démence associée) ou un diagnostic secondaire de démence à moins que le diagnostic principal soit un trouble mental majeur.
- Et le trouble a entraîné une limitation fonctionnelle dans les principales activités de la vie courante (pour une personne de son âge) dans les 3 à 6 mois précédents.
- Et l'historique des traitements montre que la personne a subi soit :
  – plus d'une fois au cours des 2 dernières années, un traitement psychiatrique plus intensif qu'un traitement ambulatoire (Par exemple, une hospitalisation partielle ou complète) ;
  – ou, toujours au cours des 2 années précédentes, un épisode de perturbation de ses conditions de vie habituelles en relation avec ses troubles mentaux, pour lequel ont été nécessaires, pour le maintenir à son domicile, des services de soutien ou un traitement ambulatoire dans une structure externe appropriée ou qui a nécessité l'intervention de la justice.

Procédure : Consultez uniquement le dossier médical du résident. Pour enregistrer un « Oui », vous devez disposer d'une information écrite (par exemple, il ne suffit pas que le résident ou sa famille en parle).

Codage : Codez **1** pour **« Oui »**, **0** pour **« Non »**.

10. TROUBLES LIÉS AU DÉVELOPPEMENT MENTAL

Objectif : Informer sur les problèmes liés au retard ou aux déficiences du développement mental.

Définition : **Pour la rubrique AB10e « Autre trouble lié à une affection organique ».** Comprend par exemple les diagnostics suivants : rubéole congénitale, infection prénatale, syphilis congénitale, intoxication maternelle, traumatisme à la naissance, hypoxie périnatale, phénylcétonurie, neurofibromatose, microcéphalie, macrocéphalie, méningocèle, hydrocéphalie congénitale, etc.

Procédure : Reportez-vous uniquement au dossier médical. Pour que l'un des items — de AB10b à AB10f — soit coché, il est nécessaire que le problème soit noté dans le dossier médical.

Codage : Recherchez tous les problèmes liés aux troubles du développement mental qui sont apparus avant l'âge de 22 ans. Quand l'âge de l'apparition des troubles n'est pas spécifié, faites l'hypothèse que cette condition est remplie et qu'ils persisteront probablement indéfiniment.

- Si ces problèmes ne sont pas présents, cochez l'item **AB10a** (« Sans objet/pas de troubles du développement mental ») et passez à la rubrique **AB11**.
- Si ces troubles existent, cochez chacun de ceux qui existent.
- S'ils existent mais ne posent aucun des problèmes décrits, cochez l'item **AB10f** (« Troubles du développement non liés à une affection organique »).

MDS : Section AB items 9 et 10

9	ANTÉCÉDENTS DE TROUBLES MENTAUX	Le dossier du résident mentionne-t-il des antécédents concernant un retard mental, une maladie mentale ou tout autre problème de santé mentale ? **0**. non **1**. oui	
10	TROUBLES LIÉS AU DÉVELOPPEMENT MENTAL	***Cocher tous les troubles du développement mental*** *qui se sont manifestés avant 22 ans et qui sont susceptibles de durer indéfiniment*	
		a. AUCUN TROUBLE : PASSER À LA QUESTION 13	a.
		b. syndrome de Down (mongolisme)	b.
		c. autisme	c.
		d. épilepsie	d.
		e. autre trouble, lié à une affection organique	e.
		f. trouble du développement, non lié à une affection organique	f.

11. DATE DE REMPLISSAGE DE CE FORMULAIRE

Objectif: Pour le suivi de la trajectoire du résident, cet item doit correspondre à la date où le formulaire « Identification à l'admission » est rempli ou corrigé.

Codage: Notez la date à laquelle le formulaire « Informations de base à l'admission » est rempli pour la première fois. Dans quelques circonstances (par exemple, si un des membres de la famille susceptible de fournir des informations n'est pas joignable pendant les 14 jours de la période d'évaluation), il est difficile d'obtenir toutes les informations demandées dans cette section du formulaire. Cependant, elles peuvent souvent être obtenues plus tard. Lorsqu'une nouvelle information ou un éclaircissement est obtenu, on peut l'enregistrer. L'item AB11 devra refléter la date d'enregistrement d'une nouvelle information ou de la révision d'une information antérieure.

EXEMPLE

Date de remplissage

- M. B. a été admis dans votre établissement le 3 décembre 1994 dans un état comateux et donc incapable de communiquer. En étudiant les dossiers de transmission venant de l'hôpital de soins aigus, vous estimez pouvoir remplir partiellement la section AB (Identification sociodémographique) et pas du tout la section AC (Habitudes de vie antérieures), car les dossiers sont à peu près vides sur ces questions.

Vous décidez de remplir ce que vous pouvez pour le 14e jour du séjour de M. B. (date à laquelle l'évaluation avec le MDS doit être faite) et notez « 17/12/1994 » à l'item AB11.

Le 24/12/1994, le seul parent de M. B., sa fille, lui rend visite et vous pouvez obtenir des informations supplémentaires auprès d'elle. Notez les nouvelles informations (par exemple, sociodémographiques ou sur les habitudes de vie quotidienne) sur le formulaire et remplacez « 17/12/1994 » par « 24/12/1994 » à l'item AB11 (« Date de remplissage »).

Section AC.

Habitudes de vie

1. HABITUDES DE VIE (AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDANT LA « DATE D'ENTRÉE » DANS L'ÉTABLISSEMENT OU LA DERNIÈRE ANNÉE AU DOMICILE, SI LE RÉSIDENT EST TRANSFÉRÉ D'UN AUTRE ÉTABLISSEMENT)

Objectif: Ces rubriques fournissent des indications sur le style de vie et les habitudes quotidiennes dans l'année précédant la « date d'entrée » (item **AB1**) dans votre établissement. Si l'admission du résident se fait à partir d'un autre établissement, informez-vous sur ses habitudes pendant la dernière année vécue à son domicile.

Ces items constitueront une mine d'informations sur l'état cognitif, les activités préférées, les goûts et les problèmes concernant l'alimentation, l'organisation et l'accomplissement des AVQ, le bien-être psychosocial, l'humeur, les problèmes de continence, etc. Les réponses du résident à ces questions apporteront aussi des indices pour comprendre sa façon d'agir dans d'autres domaines. Ces indications pourront être davantage approfondies dans d'autres sections du MDS centrées sur des domaines fonctionnels particuliers. Considérées dans leur ensemble, ces données seront extrêmement utiles pour l'élaboration d'un plan de soins individualisé. Mais ceci n'est qu'une porte d'entrée dans l'histoire de vie du résident, que vous aurez sans doute complété.

Procédure : Engagez la conversation avec le résident. Les « Recommandations pour interroger le résident » ci-dessous, présentent un exemple de la façon de poser les questions pour aider à une investigation complète. Voir aussi l'annexe 3, p. 359.

Si le résident ne peut pas répondre (par exemple, s'il est dément ou aphasique), interrogez un membre de la famille ou un autre proche (son représentant légal, par exemple). Pour certains, vous ne pourrez pas obtenir ces informations (par exemple, un résident dément vivant en établissement depuis longtemps et qui n'a pas de famille).

⏩ RECOMMANDATIONS POUR INTERROGER LE RÉSIDENT

L'équipe doit considérer cette étape de l'évaluation comme un moment privilégié pour mieux connaître le résident en tant que personne et comme une bonne occasion de donner une tournure positive aux futures relations. C'est aussi un point de départ utile pour bâtir une relation de confiance avant d'aborder des questions délicates sur l'incontinence, les volontés pour les situations extrêmes (fin de vie…).

Cet entretien devrait se passer dans un endroit calme et discret où l'on pourra ne pas être dérangé. Utilisez le ton de la conversation pour mettre le résident à l'aise. Expliquez dès le début pourquoi vous posez ces questions. « L'équipe désire mieux vous connaître pour que vous soyez à l'aise pendant votre séjour parmi nous. » ; « Ce sont des choses que beaucoup de personnes âgées trouvent importantes… » ; « Je vais vous poser quelques questions sur la façon dont vous passiez habituellement vos journées »…

Commencez avec une question générale : par exemple, « Racontez-moi comment se passait une journée habituelle avant votre entrée dans cet établissement (ou dans le premier établissement où vous êtes allé) ? » ou « Qu'est-ce que vous aimiez bien faire ? » Relevez toute information sur ses habitudes concernant le sommeil, l'alimentation, l'horaire de son bain ou de sa douche, ses relations sociales et ses occupations. Si le résident soutient la conversation, recherchez des informations sur chacune des rubriques concernant les habitudes de vie (par exemple, le cycle des événements quotidiens, les habitudes alimentaires, les AVQ, les relations avec les autres). Tenez compte cependant du fait qu'un résident vivant depuis plusieurs années en institution peut se révéler incapable de décrire la période en question. Certains persisteront à décrire leur expérience de vie en institution. Il sera nécessaire que vous rameniez leur attention sur leurs habitudes antérieures à l'admission. Demandez-lui : « Est-ce comme cela que vous faisiez avant de venir ici ? »

Si le résident a des difficultés pour répondre à des suggestions concernant certains items, revenez en arrière et expliquez-lui à nouveau que vous lui posez ces questions pour vous aider à comprendre comment se passait sa journée et comment certaines activités étaient accomplies. Il sera parfois nécessaire de poser plusieurs questions ouvertes pour obtenir l'information nécessaire. Vos formulations doivent être bien adaptées à la personne qui est en face de vous.

Retracez avec le résident le déroulement d'une journée. Concentrez-vous sur ses habitudes, ses rapports avec les autres et ses occupations. Posez vos questions au passé. Rappelez-lui de temps à autre que vous vous intéressez à la période qui précédait l'admission dans l'établissement et que vous désirez connaître ce que lui (ou elle) faisait réellement et non ce qu'il (ou elle) aurait aimé faire :

- Est-ce qu'après votre retraite, vous vous leviez à une heure régulière le matin ?
- À quelle heure vous leviez-vous habituellement ?
- Quelle est la première chose que vous faisiez à votre réveil ?
- À quelle heure preniez-vous votre petit déjeuner ?
- Qu'est-ce que vous aimiez prendre pour votre petit déjeuner ?
- Que se passait-il après le petit déjeuner ? (Évoquez une sieste, une activité régulière du matin, la lecture du journal, une promenade, petit ménage, vaisselle.)

- À quelle heure preniez-vous le repas de midi ? Un grand repas, une collation ?
- Que faisiez-vous l'après-midi ? Une sieste ? Sortiez-vous ? Receviez-vous des amis ?
- Preniez-vous parfois un apéritif ? Chaque jour ? Une fois par semaine ?
- À quel moment preniez-vous votre bain ? Une douche ou un bain ? À quel rythme ? Préfériez-vous le matin ou le soir ?
- Preniez-vous un repas léger le soir ?
- À quelle heure vous couchiez-vous d'habitude ? Vous réveilliez-vous la nuit ?

Définitions : **c. Sort un jour ou plus par semaine.**
Sortie pour une raison quelconque (vie sociale, prendre l'air, consultation médicale, courses…).

g. Tabac (fume, chique ou prise) au moins une fois par jour.
Fumait du tabac quelle qu'en soit la forme (cigarette, cigare, pipe) au moins une fois par jour. Ceci inclut priser ou chiquer.

i. Règles alimentaires particulières.
Cet item est coché pour indiquer l'existence de règles alimentaires spécifiques. Les détails seront notés quelque part dans le dossier clinique (par exemple, était végétarien, observait les règles casher, évitait la viande rouge pour des motifs sanitaires, aversion pour le poisson, allergique à la farine, évitait le pain, etc.). Ne cochez pas cet item s'il s'agit simplement de goûts ou de préférences.

k. Consomme des boissons alcoolisées au moins une fois par semaine.
Prenait au moins une fois par semaine une boisson contenant de l'alcool.

n. Se lève pour aller aux toilettes la nuit.
Se réveillait au moins une fois par nuit pour aller aux toilettes, chaque nuit ou presque.

o. Selles irrégulières.
« Irrégulières » signifie que l'élimination des selles est variable et imprévisible, en dépit des souhaits de la personne.

q. Bain le soir.
Prenait son bain ou sa douche le soir.

s. Contacts quotidiens avec parenté ou amis proches.
Comprend les visites et les contacts téléphoniques, mais non le seul échange de correspondance.

t. Fréquente régulièrement un lieu de culte.
Cet engagement ne se réfère pas à une pratique particulière (par exemple, assiste régulièrement à l'office, suit des émissions religieuses à la télévision, participe à des groupes paroissiaux).

v. Présence quotidienne d'un animal domestique.
Ceci renvoie à l'intérêt porté aux animaux (animal à la maison, chien qu'on voit chaque jour, oiseaux nourris quotidiennement dans la cour ou dans un parc).

y. Inconnues.
Si le résident ne peut pas fournir d'information, s'il n'y a pas de membre de la famille disponible et si le dossier ne contient aucune information, cochez la dernière case de la catégorie (Inconnues) et laissez toutes les autres cases de la section AC vides.

Codage : On cochera les habitudes du résident telles qu'elles étaient *au cours de l'année précédant sa première admission* dans un établissement de soins. Cochez les habitudes réelles du résident plutôt que ses désirs et ses préférences (par exemple, si le résident désirait avoir des contacts quotidiens avec ses proches mais ne les avait pas, ne cochez pas la rubrique **s** (Contacts quotidiens avec parenté ou amis proches).

À la fin de chaque grande catégorie (Cycle des événements quotidiens, Habitudes alimentaires, Habitudes relatives aux AVQ, Habitudes sociales), on trouve une réponse « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ». Par exemple, si aucune des rubriques ne peut être retenue pour décrire le résident en ce qui concerne le cycle des événements quotidiens, on cochera la case correspondant à **h** « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

Si l'on n'a pas de réponse pour un item d'une catégorie particulière (par exemple, « Trouve des secours dans la foi », sous « Habitudes sociales »), on inscrira dans la case correspondante la réponse standard pour l'absence d'information : **« NSP »** ou le tiret entre parenthèses **« (–) »**.

Si l'information fait défaut pour l'ensemble des rubriques de la section « Habitudes de vie », on cochera la dernière case **y** « Inconnues : ni le résident, ni sa famille ne sont capables de fournir ces informations ». Si la case « Inconnues » est cochée, toutes les autres cases doivent être vides.

Section AD.

Signature du formulaire « Informations de base à l'admission »

a. Signature de la personne responsable de la coordination de l'évaluation

Codage : La personne qui a coordonné le remplissage des rubriques du formulaire « Informations de base à l'admission » le signera le jour où cette partie du MDS est remplie. Elle ajoutera la date à la droite de sa signature.

b à g. Signature des autres personnes ayant participé au remplissage de ces sections du MDS

Codage : Les autres membres de l'équipe qui ont participé au remplissage de ces sections du MDS doivent signer, indiquer les rubriques qu'ils ont remplies et la date à laquelle cela a été effectué.

MDS

Section A.

Identification et informations générales

1. NOM DU RÉSIDENT

Définition : Nom figurant sur le dossier.

Codage : Notez (en majuscules) d'abord le nom de famille, puis le prénom.

2. N° D'UNITÉ ET N° DE CHAMBRE

Objectif : Identifiant supplémentaire pour le suivi.

Définition : Numéro de la chambre du résident dans l'établissement. (*NdT :* dans la version française, ce numéro est complété par celui de l'unité pour plus de précision.)

Codage : Commencer par la case la plus à droite, utilisez le nombre de cases nécessaire.

EXEMPLE

N° d'unité et n° de chambre

- M. F. occupe la chambre 305 dans l'unité 23 de votre établissement :

				2	3
				Unité	

	3	0	5
	Chambre		

3. DATE DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉVALUATION

a. Date du dernier jour d'observation pour le MDS

Objectif : Établir une référence commune dans le temps pour l'ensemble du personnel participant à l'évaluation. Bien que chacun puisse travailler à l'évaluation du résident à des jours différents, la fixation d'une date de référence assure une période d'évaluation commune (autrement dit, il s'agit de « donner le départ » afin que, pour tous les items, l'évaluation se rapporte aux performances objectives et à l'état de santé du résident **sur la même période**).

Définition : **a. Date du dernier jour de la période d'observation pour le MDS.** Cette date fixe un moment spécifique du processus d'évaluation. Presque tous les items du MDS se réfèrent à l'état du résident pendant une période de temps précise, le plus souvent pendant les sept jours qui précèdent cette date. La « date de référence pour l'évaluation » (item A3) fixe le point final de la période d'évaluation. Tous les items du MDS portent sur une période qui s'achève à cette date. Certains se réfèrent aux 14 jours précédents, d'autres aux 30 jours précédents, etc.

Codage : Une des premières choses à faire est de fixer cette date de référence pour l'observation (c'est-à-dire la date de fin de l'observation). Dans le cas d'une admission, on peut choisir n'importe quelle date entre le premier et le 14e jour (dernière date pour remplir le MDS d'admission).

Pour les évaluations suivantes, choisissez une date de référence commune dans la période prévue pour procéder à l'évaluation. Cette date sera le point final auquel devront se référer tous les items du MDS.

Pour l' « évaluation d'admission », l'équipe pourra commencer à recueillir de l'information dès le premier jour. Une date de fin d'observation sera fixée, souvent avant le quatorzième jour.

Les GAD doivent être examinés dans les délais fixés pour la réalisation de la démarche RAI.

EXEMPLES

Date de référence pour une évaluation à l'admission

- Mme M. a été admise dans votre établissement le 20 août 1994. La politique de votre établissement veut que tous les MDS remplis lors d'une nouvelle admission soient achevés au 7e jour du séjour. Par conséquent, les membres de l'équipe ont décidé de procéder, au cours des 7 premiers jours, à leurs observations, aux tests et entretiens avec le résident, sa famille et les autres professionnels ainsi qu'à la consultation des dossiers et de tous les documents disponibles. Pendant ce temps, ils enregistrent les informations recueillies dans le dossier du résident et, si cela convient, sur le formulaire MDS. La fin de la période d'observation est enregistrée comme ci-dessous.

2	6		0	8		1	9	9	4
Jour			Mois			Année			

L'équipe dispose ainsi d'encore 7 jours pour approfondir les GAD.

- M. S. a été admis dans votre établissement le 20 août 1994. Dans votre établissement, la règle veut que tous les MDS remplis lors d'une nouvelle admission soient achevés au 14e jour. L'équipe interdisciplinaire de l'unité du nouveau résident décide d'utiliser les 14 jours complets pour faire l'évaluation. Naturellement, ils procèdent aux observations, tests et entretiens, ainsi qu'à la consultation des documents nécessaires pour le plan de soins. Pendant ce temps, ils enregistrent les données recueillies dans le dossier du résident et, si cela convient, sur le formulaire MDS. La fin de la période d'observation est enregistrée comme ci-dessous, avec la convention expresse que les GAD doivent aussi avoir été utilisés à cette date :

0	2		0	9		1	9	9	4
Jour			Mois			Année			

Explications : le 2 septembre 1994 étant le 14e jour du séjour, la période de recueil pour les items renvoie aux 7 jours avant cette date.

Dans le cas d'une « évaluation annuelle », il est probable que le personnel dispose déjà d'une grande partie des données. La date de fin de la période d'observation de 7 jours constitue la « date de référence pour l'évaluation ». Toute l'équipe participant à cette évaluation doit cependant être d'accord sur le fait que la description de l'état du résident se rapporte à cette période de 7 jours. Entrez la date en utilisant deux chiffres pour le jour (en remplissant toute case vide par un « 0 »), deux chiffres pour le mois et quatre chiffres pour l'année.

EXEMPLE

Date de référence pour une évaluation annuelle

- M. X. vit dans votre établissement depuis 2 ans. Son dernier MDS complet date d'environ 1 an (27 septembre 1993). Il est temps de penser à programmer une nouvelle évaluation complète. L'infirmière coordinatrice affiche un avis informant l'équipe multidisciplinaire que la prochaine évaluation complète pour M. X. aura lieu le 20 septembre 1994. Ceci signifie que l'équipe aura à préparer l'évaluation de M. X. pendant les 7 jours précédant cette date, pour la plupart des items (c'est-à-dire du 14 au 20 septembre 1994). Enregistrez la date de fin de période d'observation ainsi :

2	0		0	9		1	9	9	4
Jour			Mois			Année			

Souvenez-vous qu'une évaluation annuelle doit être réalisée 12 mois après le plus récent MDS.

b. Formulaire original ou ayant reçu des corrections

Codage : Formulaire original. Codez **0**.
Si le formulaire a reçu des corrections, notez le nombre de corrections.

4. DATE DE RÉADMISSION

Objectif : Enregistrer la date de réadmission du résident dans l'établissement après un séjour temporaire hors de l'établissement (hôpital, etc.).

Définition : C'est la date la plus récente à laquelle le résident a été réadmis dans votre établissement après en être sorti temporairement au cours des 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation ou l'admission si celle-ci date de moins de 90 jours).

Procédure : Se reporter au dossier clinique. Si les dates ne sont pas claires ou si elles sont indisponibles, demandez au bureau des admissions.

Codage : Si le résident n'a pas séjourné hors de l'établissement durant les 90 derniers jours, laissez les cases vides. Autrement, utilisez toutes les cases. Pour les mois ou les jours s'écrivant avec un seul chiffre, notez 0 (zéro) dans la première case, par exemple :

0	3		0	2		1	9	9	4
Jour			Mois			Année			

5. ÉTAT CIVIL

Codage : Choisir la réponse qui décrit le statut actuel du résident.

6. NUMÉRO DU DOSSIER MÉDICAL

Définition : L'élément d'identification unique attribué au résident par l'établissement. Il s'obtient auprès du bureau des admissions de l'établissement.

7. SOURCES DE PAIEMENT

Objectif : Déterminer la ou les sources de financement du prix de journée et des autres frais pour le séjour du résident pendant les 30 derniers jours.

Par rapport au MDS original, cet item a été adapté en fonction des systèmes du pays concerné. (F) = France, (CH) = Suisse. Pour le Canada, se rapporter à la version du MDS utilisée dans ce pays.

Définitions : **a. Résident.**
Le résident paie de sa poche, totalement ou partiellement, les frais relatifs à son séjour dans l'institution (CH : les rentes de l'AVS, des prestations complémentaires AVS et les rentes professionnelles [2e pilier] font partie des ressources propres du résident).

b. Famille.
La famille paie, totalement ou partiellement, les frais relatifs au séjour de son parent dans l'institution.

c. Assurance maladie.
L'Assurance maladie contribue par ses remboursements à assurer le paiement des frais (notamment les frais de soins) relatifs au séjour du résident dans l'institution.

d. Aide sociale.
Le paiement des sources **a. à c.** ne couvre pas la totalité des frais de séjours et l'aide sociale (assistance publique) doit contribuer au paiement de la facture.

e. Allocation personnalisée d'autonomie (APA) (F).
Le résident bénéficie de l'APA.

f. Autre

Procédure : Consulter le service de facturation de l'établissement. Ne vous fiez pas seulement aux informations notées dans le dossier clinique du résident car la prise en charge du résident peut relever de différentes sources de paiement au cours du temps. C'est généralement le service de facturation qui suit ce type d'information.

Codage : Pour chaque source de financement, cochez la case correspondante.

8. MOTIF DE L'ÉVALUATION

a. Motifs usuels

Objectif : Indiquer la raison principale de cette évaluation, en utilisant les différentes catégories existantes. La plupart des types d'évaluation listés ci-dessous impliquent le remplissage du MDS, la revue des GAD « pointés » et l'élaboration ou la révision d'un plan de soins global dans les 7 jours suivants. (*Note* : l'évaluation n° 5 [évaluation trimestrielle] ne demande qu'un nombre limité d'items du MDS.)

Évaluation minimale requise à la sortie et lors d'une réadmission. Dans la version 2.0. du MDS, une liste limitée d'items du MDS doit être remplie lors de toute sortie ou réadmission dans un établissement. Ces items sont regroupés dans les formulaires spécifiques (qui n'existaient pas dans la version originale de 1990 du RAI).

Le « motif de l'évaluation » constitue l'un de ces items. Il apparaît comme item AA8 dans les sections AA du *formulaire de sortie, du formulaire de réadmission et du formulaire d'identification*, ainsi que comme item A8 du MDS.

Définitions : **1. Évaluation à l'admission.**
Évaluation complète, à l'aide du MDS et des GAD, requise au quatorzième jour du séjour du résident. (*Note :* on utilise ce code si le résident est réadmis après une sortie, lorsque le retour n'avait pas été prévu.)

2. Évaluation annuelle.
Réévaluation complète requise dans les 12 mois suivant l'évaluation la plus récente. Si un changement significatif est noté, codez **3** (Évaluation pour changement significatif). NE CODEZ PAS **2** comme pour une « Évaluation annuelle ».

3. Évaluation pour changement significatif.
Une réévaluation complète est suggérée lorsque se produit un « changement important » qui ne se limite pas à un seul domaine, mais retentit sur plusieurs aspects de l'état clinique du résident et nécessite un réexamen suivi d'une révision du plan de soins interdisciplinaire afin de s'assurer que le résident reçoit les soins appropriés. Lors d'un changement significatif, l'évaluation doit être achevée à la fin du 14e jour suivant la constatation de ce changement. **Reportez-vous à la procédure décrite ci-dessous (p. 61 ; voir aussi p. 18-22) pour déterminer la survenue d'un « changement significatif » (il peut s'agir aussi bien d'une amélioration que d'une détérioration).**

4. Correction notable d'une évaluation précédente.
Réévaluation complète sur l'initiative de l'établissement parce que la précédente évaluation était imprécise ou incomplète. Ceci diffère d'une évaluation pour « changement significatif », car dans ce dernier cas, il s'est produit un réel changement dans l'état de la personne.

5. Évaluation trimestrielle.
Le formulaire « Évaluation trimestrielle » comprend une sélection d'items du MDS. Il doit être rempli au moins tous les trois mois, entre les évaluations annuelles complètes. Cette évaluation assure que le plan de soins est correct et mis à jour. Elle permet aussi de repérer les cas où il se serait produit des changements significatifs dans l'état du résident. Si un tel changement est noté, utilisez le code **3** (Évaluation pour changement significatif), NE CODEZ PAS **5** (Évaluation trimestrielle).

Informations minimales à la sortie. Un sous-ensemble d'items du MDS doit être rempli chaque fois qu'un résident est transféré ou passe une nuit hors de l'établissement. Bien distinguer si le retour est prévu, non prévu ou si le résident a été transféré avant que l'évaluation initiale n'ait été achevée (voir le « formulaire de sortie », ainsi que le formulaire à l'annexe 2, p. 354). *Sur ce formulaire, on n'utilise que les codes **6, 7 et 8.***

6. Sortie (retour non prévu).
Utilisez ce code lorsqu'un résident sort de façon considérée comme définitive de l'établissement. Ceci fournit le moyen de « fermer » le dossier d'un résident lorsqu'il quitte l'institution sans retour prévu.

7. Sortie (retour prévu).
Utilisez ce code lorsqu'un résident part temporairement hors de l'établissement (hôpital, autre type d'établissement de soins). Utilisez aussi ce code lorsqu'une personne en séjour temporaire retourne à son domicile et qu'un retour dans l'établissement est prévu.

8. Sortie avant la fin de l'évaluation initiale.
Utilisez ce code lorsqu'un résident sort au cours des 14 premiers jours de son séjour ET que le MDS n'a été que partiellement rempli. Un ensemble d'informations est recueilli pour tous les résidents quelle que soit la durée de leur séjour. Même un résident qui n'est resté que très peu de temps (une journée, par exemple) doit être pris en compte. En même temps, rappelez-vous que vous avez 14 jours pour remplir complètement le MDS, et l'usage de ce code vous permet d'identifier les personnes qui sont sorties, ont été transférées ou sont décédées avant le 14e jour, ce qui vous a empêché d'achever l'évaluation.

Informations minimales au retour. Un sous-ensemble d'items du MDS doit être rempli chaque fois qu'un résident est réadmis dans l'établissement après un transfert temporaire dans un hôpital, tout autre établissement de soins (autre que pour une cure) ou à domicile afin que

le résident soit repris en compte dans la base de données (voir le formulaire à l'annexe 2 p. 355). *Sur le formulaire de réadmission, on ne trouve que le code* ***9****.*

9. Réadmission.
Utilisez ce code lorsqu'un résident de votre établissement est réadmis après un transfert temporaire dans un hôpital, un autre établissement de soins (sauf pour une cure) ou à domicile.

0. AUCUNE DE CES RUBRIQUES.
Utilisez ce code lorsque vous remplissez le MDS pour l'une des autres raisons listées à l'item A8b (ci-dessous). Ceci indique que l'évaluation a été faite pour un **motif spécial** (étude ou recherche, par exemple). Choisissez le code de l'item A8b qui indique le motif de l'évaluation.

b. Évaluation pour motif spécial

1. Évaluation au 5e jour
2. Évaluation au 30e jour
3. Évaluation au 60e jour
4. Bilan trimestriel utilisant le MDS complet
5. Évaluation lors d'une réadmission ou d'un retour.
6. Autres. Certaines administrations ou certaines études peuvent demander des évaluations pour des motifs spécifiques. Utilisez ce code dans ces circonstances-là.

Codage : Notez le chiffre correspondant au motif d'évaluation.

⏩ COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES SUR L'ÉVALUATION POUR CHANGEMENT SIGNIFICATIF

Les établissements se doivent d'évaluer l'état du résident et d'intervenir pour l'aider à atteindre ou maintenir le plus haut niveau possible de bien-être physique, mental et psychosocial. L'équipe a la responsabilité de décider si le changement qu'elle a repéré (qu'il s'agisse d'une amélioration ou d'un déclin) est « significatif ».

Un « changement significatif » est défini comme un changement important dans l'état du résident qui :

- **ne se résout pas habituellement de lui-même ;**
- **a un retentissement sur plus d'un domaine de l'état de santé du résident ;**
- **ET nécessite un réexamen ou une révision multidisciplinaire du plan de soins.**

Les « critères de définition d'un changement significatif » ci-après indiquent les situations pour lesquelles une réévaluation pour changement significatif est requise. Les termes employés sont fondés sur les items (et définitions) de la version 2.0 du MDS. Cette liste n'est pas exhaustive et d'autres situations peuvent recevoir la définition de changement significatif. (Note : dans le cas d'une maladie au stade terminal, une réévaluation complète est facultative. Il relève de la décision clinique de l'équipe de déterminer si le résident profite ou non d'une telle réévaluation.)

Un changement significatif peut avoir lieu à n'importe quel moment du séjour du résident, bien que la survenue d'un tel changement soit le plus habituellement identifiée dans les établissements lors de l'interprétation d'un bilan trimestriel programmé. Sur une période de 6 mois, selon le type de population, 1/5 des résidents déclinent en deux ou plusieurs domaines. L'objectif de la réévaluation pour changement significatif est de s'assurer que les résidents sont suivis de façon appropriée et que les changements nécessaires dans les soins ont bien été mis en place (voir aussi sur ce sujet le chapitre 2, p. 18-22).

Critères de définition d'un changement significatif

Une évaluation pour changement significatif est requise si un déclin (ou une amélioration) est clairement constaté dans au moins deux domaines de déclin ou au moins deux domaines d'amélioration.

Déclins [1]

- Déclin dans l'état physique et fonctionnel pour les AVQ : quel que soit l'item pour lequel le résident devrait maintenant être codé **3**, **4** ou **8** (« Assistance importante », « Assistance totale » ou « L'activité n'a pas été accomplie »).
- Augmentation du nombre de domaines où les « Comportements problématiques » devraient être codés « Observés, mais non facilement modifiables » (augmentation des codes **1** pour E4B).
- Changements dans la capacité du résident à prendre des décisions, de **0 ou 1** à **2 ou 3**.
- Changements en ce qui concerne la continence, de **0 ou 1** à **2, 3 ou 4**, ou mise en place d'une sonde.
- Apparition de tristesse ou d'anxiété qui ne peuvent être facilement améliorées.
- Apparition d'une perte de poids inexpliquée (changement de 5 % en 30 jours ou 10 % en 180 jours).
- Début de l'usage d'un moyen de contention du tronc ou au fauteuil pour empêcher un résident de se lever, **alors que cela n'était pas fait auparavant**.
- Apparition d'un problème ou d'une maladie qui rend l'état du résident instable.
- Apparition d'escarre de stade II ou plus, alors que le résident ne présentait pas d'escarre à ce stade antérieurement.
- Détérioration globale de l'état du résident ; celui-ci reçoit davantage d'aide (par exemple, pour accomplir les actes de la vie quotidienne ou prendre des décisions).

Améliorations [1]

- Amélioration dans l'état physique et fonctionnel pour les AVQ : quel que soit l'item pour lequel le résident devrait être codé **0, 1 ou 2** alors qu'il était auparavant codé **3, 4 ou 8**.
- Diminution du nombre de domaines où les « Comportements problématiques » sont codés « Observés mais non facilement modifiables ».
- Changements dans la capacité du résident à prendre des décisions, de **2 ou 3** à **0 ou 1**.
- Changements en ce qui concerne la continence, de **2, 3 ou 4** à **0 ou 1**.
- Amélioration globale de l'état du résident ; celui-ci reçoit moins d'aide.

1. Cette liste n'est pas limitative.

9. RESPONSABILITÉ LÉGALE

Objectif : Déterminer qui est habilité à participer aux décisions concernant les soins et les traitements à administrer au résident. Selon l'état du résident, on peut rencontrer différentes situations. Par exemple, un résident présentant une démence modérée peut être compétent pour décider sur certains points, alors qu'un membre de sa famille assume la responsabilité des décisions dans d'autres domaines. Ou bien le résident peut avoir donné un pouvoir limité à quelqu'un uniquement pour les affaires légales. Les différentes formes de surveillance légale telle que tutelle, curatelle, les procurations et mandats, etc., sont régies par la loi. Les définitions ci-dessous ne constituent qu'une information générale.

Pour plus d'éclaircissement, il convient de se référer à la législation et à un conseiller juridique s'il y lieu.

Définitions : **a. Tuteur.**
Les tuteurs sont nommés à la suite d'une décision du tribunal et sont autorisés à prendre des décisions, y compris en ce qui concerne l'application ou non d'un traitement médical. Une fois nommés, ils ne peuvent être révoqués que par un nouveau jugement.

b. Autre référent légal.

c. Référent pour les soins.
Il doit exister des pièces justificatives prouvant qu'une personne autre que le résident est responsable des décisions concernant sa santé si celui-ci n'est plus en mesure d'en décider lui-même. Ce document peut aussi fournir des directives et des instructions concernant la manière dont le résident souhaite être soigné.

NdT : contrairement aux États-Unis, en France et en Suisse, ce type de délégation n'a pas force légale. Il nous a cependant paru préférable de garder cet item pour signaler aux soignants l'éventualité d'une déclaration du résident confiant ce type de décisions à un tiers désigné.

d. Délégation légale durable (finances).
Il doit exister des pièces justificatives prouvant qu'une personne autre que le résident est légalement responsable de ses affaires (financières…) si celui-ci n'est plus en mesure d'en décider lui-même. (*Remarque :* contrairement à la tutelle, cette procuration peut être retirée par le résident à tout moment.)

e. Membre de la famille.
Comprend les membres de la famille proche ou d'autres personnes proches désignées par le résident. La responsabilité dans la prise de décisions peut être partagée entre le résident et ses proches.

f. Résident responsable.
Il conserve la responsabilité des décisions. En l'absence de tutelle ou de procuration déléguant le pouvoir de décision, présumez que le résident est responsable.

Procédure : La représentation légale telle que la tutelle, la procuration ou les volontés exprimées du résident sont régies par des lois. La description ci-dessus est sommaire, conformez-vous à la loi en vigueur dans votre pays (CH : canton ; Ca : province). Consultez le résident, sa famille, son dossier. Si une décision de justice a été prise, ne cochez l'item correspondant du MDS que si une copie du document légal est conservée dans le dossier du résident.

Codage : Cochez ce qui convient. Si rien ne s'applique, cochez **g.** « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

10. VOLONTÉS EXPRIMÉES

Objectif : Déterminer la base légale des directives concernant les décisions à propos des traitements formulées par le résident ou par ses proches. Pour qu'une directive puisse être considérée comme en cours de validité et obligatoire, il faut que l'information soit disponible dans le dossier. L'absence de directives préexistantes pour un résident doit inciter à engager une conversation entre l'équipe soignante, le résident et sa famille à propos de ses souhaits. Toute discordance entre les souhaits exprimés actuellement par le résident et ce qui est inscrit sur les documents légaux dans le dossier du résident doit être résolue immédiatement.

Définitions : **a. Testament de vie.**
Document spécifiant les désirs du résident en ce qui concerne les mesures qui pourraient être prises pour prolonger sa vie en cas de pronostic fatal.

b. Ne pas réanimer.
En cas d'accident respiratoire ou cardiaque, le résident et/ou son représentant légal demande qu'aucune mesure de réanimation cardio-pulmonaire ou autre ne soit prise pour rétablir les fonctions respiratoires ou circulatoires.

c. Ne pas hospitaliser.
Document spécifiant que le résident ne doit pas être hospitalisé même en cas d'affection requérant habituellement une hospitalisation.

d. Don d'organe, tissus et cellules.
Instructions indiquant que le résident désire qu'en cas de décès, ses organes soient prélevés en vue d'une transplantation, de recherche ou de formation médicale.

e. Demande d'autopsie.
Document attestant que le résident, sa famille ou son tuteur a demandé qu'une autopsie soit réalisée après décès. La famille ou une personne autorisée doit toutefois être contactée à nouveau lors du décès du résident et on doit lui redemander si elle désire toujours qu'une autopsie soit réalisée.

f. Refus d'alimentation artificielle.
Le résident ou une personne autorisée (sa famille ou son représentant légal) refuse que le résident soit nourri artificiellement le jour où il sera incapable de manger par la voie orale (sonde gastrique, alimentation parentérale…).

g. Restriction quant à l'usage de médicaments.
Le résident ou une personne autorisée (sa famille ou son représentant légal) refuse que le résident reçoive des médicaments destinés à prolonger la vie (antibiotiques, chimiothérapie). Ces restrictions ne sont cependant pas toujours appropriées lorsque les médicaments sont utilisés pour empêcher le malade de souffrir. Dans ces cas, la directive doit être revue avec la personne autorisée.

h. Autres restrictions de traitement.
Le résident ou une personne autorisée (sa famille ou son représentant légal) refuse que le résident reçoive certains traitements médicaux. Les exemples comprennent (entre autres) la transfusion sanguine, la trachéotomie, la mise en place de cathéters respiratoires. Ces restrictions ne sont pas toujours appropriées lorsque ces moyens sont utilisés comme soins palliatifs, (par exemple, pour réduire la souffrance ou éviter des symptômes physiques pénibles tels que les nausées ou les vomissements). Dans ces cas, la directive doit être revue avec la personne autorisée.

Procédure : Sur chacun de ces points, vous aurez besoin de vous familiariser avec les directives légales en vigueur dans votre pays, votre canton (CH), votre province (Ca). En ce qui concerne les documents rédigés selon des coutumes culturelles étrangères, les établissements devront développer une attitude de respect, car ces directives représentent l'expression de souhaits importants pour le résident.

Étudiez les dossiers médicaux pour voir s'il existe des documents écrits concernant l'existence de telles directives. *Rappel :* pour qu'une directive soit applicable et impérative, il faut qu'un document *écrit et signé* se trouve dans le dossier.

Au moment de l'admission, certains résidents peuvent être incapables de participer à cette prise de décision. L'équipe doit faire des efforts raisonnables pour tenter de déterminer si le résident a déjà exprimé de telles volontés (par exemple, demander aux membres de la famille, au médecin de famille). En l'absence de directives, les décisions concernant les traitements seront probablement prises de concert avec les membres de la famille du résident les plus proches ou, en leur absence ou en cas de conflit, selon les procédures légales de tutelle.

Codage : Les observations suivantes vous permettront de voir comment vous pouvez procéder pour noter ces directives. Il faudra aussi vous conformer à la loi, à la jurisprudence et à la politique de votre établissement.

- Le résident (ou ses proches) devrait être associé à la discussion pour garantir une décision en connaissance de cause. Si le choix du résident est connu et que le médecin traitant est au courant de ses souhaits, mais que ce choix n'est pas consigné dans le dossier, vous ne cocherez la rubrique du MDS que lorsque vous disposerez d'un document écrit.
- Si le choix du résident se rapporte à un domaine qui exige un certificat du médecin traitant (par exemple, ne pas réanimer, ne pas hospitaliser, pas d'alimentation artificielle, pas de traitements spéciaux) ne cochez la rubrique du MDS que lorsque le certificat sera établi par le médecin et enregistré dans le dossier. Dans le cas où un certificat du médecin existe mais que le choix du résident ou de ses proches n'est pas spécifié, parlez-en au médecin et ne cochez la rubrique dans le MDS que lorsque les vœux du résident ou de ses proches auront été consignés dans le dossier.
- Si l'établissement possède un protocole concernant la limitation de traitements particuliers (par exemple, aucun membre du personnel ne procédera à une réanimation cardio-pulmonaire ; on n'utilise pas de sonde alimentaire), ne cochez la rubrique correspondante que si la directive est l'expression explicite du désir de résident ou de son représentant légal, sans tenir compte du protocole ou de la politique de l'établissement. En l'absence d'expression explicite du résident, on peut penser que le contrat passé lors de l'entrée dans l'établissement l'a informé de ces protocoles et qu'il les a acceptés. Il conviendra alors de s'assurer de l'existence d'un tel contrat écrit.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Si aucune directive n'est consignée dans le dossier, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

Section B.

État cognitif

Objectif : Déterminer les capacités du résident à se souvenir, à penser de manière cohérente et à prendre soin de lui-même. Ces rubriques sont des facteurs décisifs pour le plan de soins. Portez votre attention sur les performances du résident, notamment sur sa capacité de se souvenir d'événements récents ou très anciens et de prendre des décisions importantes.

Les questions touchant aux fonctions intellectuelles et à la mémoire peuvent être délicates pour certains résidents qui risquent de se mettre sur la défensive, devenir agités ou très émus. Ce sont des réactions fréquentes lorsqu'on a le sentiment d'être sous examen, lorsqu'on est anxieux : on veut donner une bonne impression et masquer le fait que l'on ne répond pas bien aux questions posées.

Efforcez-vous de trouver un endroit tranquille pour votre entretien avec le résident, à l'écart des autres résidents et sans que la famille soit présente, à moins qu'il ne soit trop agité. Vous contribuerez à créer un rapport de confiance avec lui si vous abordez ces questions dans un endroit privé et adoptez une attitude exempte de tout jugement. Après l'entretien avec le résident, essayez de vérifier les informations qu'il vous aura données auprès des personnes de sa famille ou de son entourage les plus aptes à connaître son état cognitif au cours des sept derniers jours. Si le résident éprouve des difficultés à communiquer ou s'il est seulement compris par sa famille ou par certains soignants, il vous faudra consulter ces personnes en priorité.

En premier lieu, engagez une conversation générale avec le résident afin d'établir le contact. Faites attention à tous les indices qui vous aideront à compléter votre évaluation. Lorsque le résident cherche à se souvenir, se répète, devient inattentif, radote, se met sur la défensive, s'agite, tout cela constitue pour vous une information importante au sujet de son état cognitif, même si, parfois, on aime que l'entretien avance plus vite.

Au cours de l'entretien, restez ouvert, positif, rassurant (« Avez-vous parfois de la peine à vous souvenir de certaines choses ? Dites-moi ce qui arrive. On va essayer de le faire ensemble. »). Si le résident devient vraiment agité, ayez une attitude empathique à l'égard de ses sentiments et ARRÊTEZ la discussion sur son état cognitif. Le recueil d'information sur ce sujet n'a pas besoin d'être fait en une fois, mais peut s'étendre sur toute la période d'évaluation. Si le résident devient agité, dites-lui par exemple « parlons d'autre chose maintenant » ou « nous n'avons pas besoin de parler de cela maintenant, nous pourrons le faire plus tard ». Observez la performance cognitive du résident pendant les heures ou les jours qui suivent et reprenez l'entretien à ce sujet lorsqu'il sera plus paisible.

1. ÉTAT COMATEUX

Objectif : Déterminer si le résident est dans le coma : état végétatif durable, ou un état semi-comateux.

Procédure : Vérifier si le dossier du résident contient un diagnostic neurologique confirmé de coma ou d'état végétatif persistant.

Codage : Enregistrez le code correspondant dans la case.
Si le résident a un diagnostic de « coma » ou s'il est dans un « état végétatif persistant », codez **1** et **sautez à la section G**. Si le résident n'est pas dans un état comateux ou s'il est dans un état semi-comateux, notez le code **0** et passez à la rubrique suivante (B2).

2. MÉMOIRE

Objectif : Évaluer la capacité à se souvenir du résident aussi bien des faits récents que des faits anciens (c'est-à-dire mémoire à court et à long terme).

Procédure : **a. Mémoire à court terme.**
Demandez au résident de décrire un événement récent dont vous pouvez vous souvenir tous les deux. Vous pouvez également utiliser un test de mémoire à court terme plus structuré. Pour les résidents ayant des capacités de communication limitées, interrogez l'équipe et la famille sur l'état de sa mémoire. *Rappel :* si le résident montre qu'il ne se souvient pas de plusieurs événements récents, ou ne peut se conformer à une indication donnée 5 minutes plus tôt, par exemple, la réponse correcte est **1** (Problèmes de mémoire).

EXEMPLES

Mémoire à court terme

- Demandez au résident de décrire le petit déjeuner OU une activité qu'il vient de terminer.
- Demandez-lui de se rappeler trois objets (par exemple, livre, montre, table) pendant quelques minutes. Après avoir mentionné les trois objets, demandez-lui de les répéter (pour vérifier qu'il vous a bien entendu et compris). Puis mettez-vous à parler d'autre chose — ne restez pas silencieux, ne quittez pas la pièce. Cinq minutes plus tard, demandez-lui de répéter le nom de chaque objet. S'il n'est pas capable de se rappeler les trois objets, notez le code **1**. Pour les personnes présentant un déficit de la communication verbale, vous pouvez accepter des réponses non verbales (par exemple, quand vous demandez combien d'enfants elles ont, elles peuvent frapper le nombre de coups correspondant).

b. Mémoire à long terme.
Engagez une conversation sur des sujets ayant un sens pour le résident. Posez-lui des questions dont vous connaissez déjà la réponse (trouvée dans le dossier, auprès de la famille ou de notoriété publique). Pour les résidents aux capacités d'expression limitées, informez-vous sur l'état de leur mémoire auprès des membres du personnel ou de leur famille. Souvenez-vous que s'il y a des troubles de mémoire, la réponse est **1** (« problèmes de mémoire »).

EXEMPLE

Mémoire à long terme

- Demandez : « Où viviez-vous juste avant de venir ici ? » S'il répond : « Chez moi », demandez : « Quelle était votre adresse ? » S'il répond : « Dans un autre établissement », demandez : « Comment s'appelait cet endroit ? » Puis demandez : « Êtes-vous marié ? quel est le nom de votre époux (épouse) ? », « Avez-vous des enfants ? combien ? », « Quand avez-vous votre anniversaire ? », « En quelle année êtes-vous né ? ».

Codage : Inscrivez les codes correspondant aux réponses obtenues.

3. MÉMOIRE/CAPACITÉ DE SE SOUVENIR

Objectif : Déterminer les capacités du résident relatives à sa mémoire et à son orientation dans son environnement. Un résident peut présenter une apparence sociale intacte et répondre au personnel et aux autres en semblant les reconnaître mais cependant n'avoir aucune idée de qui ils sont. Cet item permettra à l'équipe de dépasser cette première impression, peut-être fausse.

Définitions : **a. Saison actuelle.**
Capable d'identifier la saison actuelle (par exemple, se réfère correctement au temps qu'il fait à cette période de l'année, aux congés officiels, aux fêtes religieuses).

b. Situation de sa propre chambre.
Capable de situer et de reconnaître sa propre chambre. Il ne lui est pas demandé de connaître le numéro de cette chambre, mais d'être au moins capable de la retrouver.

c. Noms, visages des membres du personnel.
Capable de faire la distinction entre les membres du personnel, la famille, les étrangers, les visiteurs et les autres résidents. Il n'est pas nécessaire que le résident connaisse le nom des personnes, mais il ou elle devrait être capable de savoir si une personne est un membre du personnel ou bien son fils ou sa fille.

d. Le fait d'être dans une institution.
Capable de dire qu'il ou elle vit actuellement dans une institution. Pour cocher cet item, il n'est pas nécessaire que le résident soit capable de donner le nom de l'établissement, mais qu'il ou elle en parle comme d'une « maison pour personnes âgées », « un hôpital pour les vieux », « un endroit où vivent les personnes âgées », etc.

Procédure : Testez la capacité de se souvenir. Utilisez les informations obtenues dans le dossier médical ou auprès de l'équipe. Interrogez le résident sur chaque point. Par exemple : « Quelle est la saison actuelle ? », « Comment s'appelle cet établissement ? De quel genre d'établissement s'agit-il ? » Si le résident n'est pas dans sa chambre, posez-lui la question : « Voulez-vous me montrer votre chambre ? » Observez la capacité du résident de trouver son chemin.

Codage : Pour chaque rubrique dont le résident se souvient, cochez la réponse correspondante. Si le résident est incapable de répondre à une seule question, cochez « AUCUN SOUVENIR DES POINTS CI-DESSUS ».

4. FACULTÉS COGNITIVES POUR LES DÉCISIONS COURANTES

Objectif : Enregistrer la capacité du résident de prendre des décisions concernant les tâches et les AVQ.

EXEMPLE

Facultés cognitives pour les décisions courantes

- Choisir ses vêtements ; repérer le moment des repas ; se servir des repères de l'environnement pour s'organiser et planifier ses activités (par exemple, horloges, calendriers, listes affichées des manifestations prévues) ; en l'absence de repères, rechercher les informations de façon appropriée (c'est-à-dire sans rabâcher) auprès des autres pour organiser sa journée ; avoir conscience de ses ressources et de ses limites pour régler le déroulement de la journée (par exemple, demander de l'aide lorsque c'est nécessaire), prendre la bonne décision sur la manière de se rendre à la salle à manger ; reconnaître le besoin d'utiliser un déambulateur (Ca : marchette) et l'utiliser de façon sûre.

Procédure : Examinez les dossiers, consultez la famille et les aides-soignantes. Observez le résident. Il s'agit de savoir si celui-ci prend effectivement des décisions et non ce que l'équipe pense de ses capacités. Souvenez-vous que l'objectif de cet item est de noter ce que le résident fait (performance). Lorsque les membres de l'équipe prennent la responsabilité des décisions pour les tâches de tous les jours ou lorsque le résident ne prend pas part à ces décisions, quel que soit le niveau de capacité qu'il pourrait avoir, le résident doit être considéré comme présentant un déficit pour la prise de décision.

Cet item est spécialement important pour les évaluations ultérieures et l'élaboration du plan de soins, car il peut alerter l'équipe sur une discordance entre les capacités du résident et son niveau actuel de performance ou sur le fait que l'équipe peut, sans s'en apercevoir, développer la dépendance du résident.

Codage : Notez le code qui correspond à la réponse la plus proche.

0. Indépendant.
Les décisions du résident concernant l'organisation des activités quotidiennes et la prise de décisions sont logiques, raisonnables et organisées conformément à son style de vie, à sa culture et à ses valeurs. Ne portez pas de jugement de valeur. La décision du résident peut vous paraître illogique ou déraisonnable parce que votre système de valeurs est différent du sien. Pour coder cet item, vous devez essayer d'adopter la culture et les valeurs du résident.

1. Indépendance relative.
Le résident organise ses activités routinières et prend des décisions adéquates dans les situations familières, mais il a de la peine à prendre des décisions lorsqu'il affronte de nouvelles tâches ou une situation inconnue.

2. Déficience modérée.
Les décisions du résident sont de faible qualité, celui-ci a besoin de rappels, de stimulation et de supervision pour planifier, organiser et adapter ses activités quotidiennes.

3. Déficience grave.
Les décisions du résident sont illogiques ou inadaptées, ou bien le résident ne prend pas, ou rarement, des décisions.

5. SIGNES D'ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU (*DELIRIUM*)/FLUCTUATION DE LA PENSÉE OU DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE

Objectif : Enregistrer les comportements qui peuvent indiquer la présence d'état confusionnel aigu (*delirium*). Fréquemment ceci est dû à des causes que l'on peut traiter, comme une infection ou une réaction à un médicament. Le *delirium* (état confusionnel aigu) se manifeste souvent dans le comportement et peut par conséquent être observé. Par exemple, des troubles de la pensée peuvent se manifester par un discours décousu, hors de propos ou incohérent. D'autres comportements sont décrits dans les définitions ci-dessous.

Un changement récent (détérioration) dans les fonctions cognitives suggère un *delirium* (état confusionnel aigu) qui peut être réversible s'il est détecté et traité à temps. Les signes d'état confusionnel aigu (*delirium*) peuvent être plus faciles à détecter chez une personne dont les fonctions cognitives étaient intactes au départ. Lorsqu'un résident présentait antérieurement un déficit cognitif ou des comportements tels qu'agitation, cris, etc., la détection des symptômes de confusion mentale (*delirium*) est plus difficile. En dépit de cette difficulté, il est possible de détecter ces symptômes chez ces résidents en étant sensible à de récents changements dans leur manière d'être. Par exemple, un résident habituellement bruyant et belliqueux devient brusquement tranquille, léthargique et distrait. Ou, à l'inverse, quelqu'un qui était normalement tranquille et satisfait peut devenir soudainement agité et bruyant. Ou bien quelqu'un qui était habituellement capable de se diriger dans l'établissement commence à « se perdre ».

Définitions : **a. Facilement distrait** (par exemple, difficulté à maintenir l'attention, s'écarte du sujet).

b. Épisodes d'altération de la perception de la réalité (par exemple, bouge les lèvres ou parle à quelqu'un d'absent ; croit qu'il/elle est ailleurs, confond le jour et la nuit).

c. Épisodes de discours incohérent (par exemple, le discours est incohérent, n'a pas de sens, hors de propos ou divague d'un sujet à l'autre, perd le fil de sa pensée).

d. Périodes d'agitation motrice (par exemple, tripoter ou martyriser sa peau, ses vêtements, la nappe, etc. ; changements fréquents de position ; mouvements ou cris répétitifs).

e. Périodes de léthargie (par exemple, apathie ; regard fixe dans le vague ; difficile à réveiller ; peu de mouvements du corps).

f. Fonctions mentales variant en cours de journée (par exemple, parfois mieux, parfois plus mal ; comportements symptomatiques tantôt présents, tantôt absents).

Codage : Codez en fonction du comportement du résident durant les 7 derniers jours (indépendamment de ce que vous pensez en être la cause) en concentrant votre attention sur le moment où ce comportement a commencé à se manifester pour la première fois.

0. Comportement pas observé

1. Comportement observé, mais n'est pas nouveau

2. Comportement observé pendant les 7 derniers jours mais différent du comportement habituel du résident (par exemple, comportement nouveau ou détérioration).

EXEMPLES

Signes d'état confusionnel aigu

- Mme K., 92 ans, est veuve depuis 30 ans et présente une dépendance physique sévère en raison d'une maladie cardiaque. L'infirmière qui s'en occupe a signalé que durant les deux derniers jours Mme K. « n'était pas elle-même ». Elle s'assoupit plus souvent et pour des périodes plus longues pendant la journée. Elle est difficile à réveiller et marmonne à son réveil. Elle a aussi des difficultés à porter attention à ce qu'elle fait. Par exemple, lors des repas, au lieu de manger comme d'habitude, elle chipote la nourriture dans son assiette comme si elle ne savait quoi faire avec sa fourchette. Puis s'arrête et ferme les yeux au bout de quelques minutes. Récemment, Mme K. s'est levée la nuit croyant que c'était le jour. Elle a appelé à grands cris le personnel, exigeant d'être conduite voir son mari (bien qu'il soit décédé). Par trois fois, Mme K. a été observée tentant de monter dans son lit en grimpant par-dessus le pied de lit.

Indicateurs	*Codage*
a. Facilement distrait	**2** (observé, nouveau)
b. Épisodes d'altération de la perception de la réalité	**2** (observé, nouveau)
c. Épisodes de discours incohérent	**2** (observé, nouveau)
d. Périodes d'agitation motrice	**2** (observé, nouveau)
e. Périodes de léthargie	**2** (observé, nouveau)
f. Fonctions mentales variant en cours de journée	**2** (observé, nouveau)

- M. D. est atteint de la maladie d'Alzheimer. Sa capacité à prendre des décisions est faible depuis longtemps. Il a souvent des difficultés à prêter attention à ce qu'il fait et son esprit vagabonde. Il parle rarement aux autres et lorsqu'il le fait, son discours est haché et n'a pas de sens. Il a souvent été observé marmonnant et bougeant les lèvres comme s'il parlait à quelqu'un. Bien que M. D. soit souvent agité et nerveux, ce comportement n'est pas nouveau chez lui et ne porte pas atteinte à la qualité de son sommeil la nuit.

Indicateurs	*Codage*
a. Facilement distrait	**1** (observé, pas nouveau)
b. Épisodes d'altération de la perception de la réalité	**1** (observé, pas nouveau)
c. Épisodes de discours incohérent	**1** (observé, pas nouveau)
d. Périodes d'agitation motrice	**1** (observé, pas nouveau)
e. Périodes de léthargie	**0** (non observé)
f. Fonctions mentales variant en cours de journée	**1** (observé, pas nouveau)

6. CHANGEMENT DE L'ÉTAT COGNITIF

Objectif : Déceler les changements de l'état cognitif du résident, de ses compétences et de ses capacités par rapport à son état 90 jours auparavant (ou depuis la dernière évaluation si elle a eu lieu depuis moins de 90 jours). Ces changements comprennent, entre autres, les changements du niveau de conscience, des aptitudes intellectuelles nécessaires pour prendre les décisions quotidiennes, de la mémoire à court et à long terme, de la pensée et de la vigilance ou du souvenir. De tels changements peuvent être permanents ou temporaires ; leurs causes peuvent être connues (par exemple, une douleur nouvelle ou un médicament psychotrope) ou inconnues. Si le résident vient d'être admis dans l'établissement, cet item porte sur les changements pendant la période antérieure à l'admission.

Codage : Notez le chiffre qui correspond à la réponse la plus proche. Notez **0** pour pas de changement, **1** pour amélioration ou **2** pour détérioration.

EXEMPLES

Changement de l'état cognitif

- Mme G. a souffert d'un état confusionnel aigu à la suite d'une pneumonie, il y a environ 30 jours. Grâce à un traitement d'antibiotiques approprié, une réhydratation et une atmosphère calme et encourageante, elle s'est rétablie. Bien que les aptitudes de Mme G n'aient pas dépassé le niveau antérieur à la pneumonie et qu'elle soit toujours incapable de prendre des décisions, son état continue à s'améliorer et se rapproche de cet état antérieur. **Notez le code 0 pour « Pas de changement ».**
- Mme P. possède toutes ses facultés intellectuelles. Il y a environ deux mois et demi, sa fille lui a annoncé que son voisin et ami de toujours était mort lors d'un voyage. Mme P. a été très touchée par cette nouvelle. Pendant plusieurs jours elle a paru assommée, confuse et déconcertée. Grâce au soutien de sa famille et de l'équipe, la confusion a disparu. Bien qu'elle soit toujours triste, elle a retrouvé toutes ses facultés intellectuelles. **Notez le code 0 pour « Pas de changement ».**
- M. D. a été admis dans l'établissement il y a trois mois à sa sortie d'hôpital avec des symptômes de confusion postopératoire. Depuis lors, il n'a plus besoin de fréquents rappels ni d'être réorienté tout au long de la journée. Sa capacité de décision s'est améliorée. **Codez 1 pour « Amélioration ».**
- M. F. est atteint de la maladie d'Alzheimer. Il allait assez bien jusqu'à ce que, il y a deux mois, son aide-soignante signale qu'il ne retrouve plus le chemin de sa chambre, ce qu'il était capable de faire 3 mois auparavant. Maintenant, il se perd souvent en essayant d'aller à la salle à manger ou à la salle d'activité de l'unité. **Codez 2 pour « Détérioration ».**
- Mme F. a été admise dans l'établissement il y a 6 semaines. Lors de son admission elle avait une indépendance limitée en ce qui concerne la capacité à prendre les décisions quotidiennes, une mémoire à long et à court terme intacte et de bonnes capacités à se souvenir. Depuis, Mme F. a eu une « attaque » qui l'a laissée avec des déficiences dans ces domaines. Pendant cette période de « changement significatif » (qui nécessite une nouvelle évaluation), sa capacité à décider s'est affaiblie. Elle n'est pas consciente de ses nouvelles limitations physiques et a pris des risques déraisonnables pour sa sécurité lors de ses transferts et de ses déplacements. Elle doit être surveillée tout le temps. **Codez 2 pour « Détérioration ».**

Section C.

Communication/audition

Objectif: Déterminer comment le résident entend (éventuellement à l'aide d'appareils auditifs), comprend et communique avec autrui.

Il existe beaucoup de causes possibles aux problèmes de communication qu'éprouvent les résidents des établissements d'hébergement de longue durée. Certains peuvent être attribués au processus du vieillissement ; d'autres sont associés à des troubles physiques ou neurologiques progressifs. Habituellement les problèmes de communication sont l'effet de plusieurs facteurs. Par exemple, un résident peut avoir une aphasie et une perte de l'audition ancienne ; il peut être atteint de démence, avoir de la difficulté à trouver ses mots et une perte de l'audition. L'état physique, les émotions et la situation sociale du résident peuvent aussi aggraver les problèmes de communication. Par ailleurs, un environnement bruyant ou au contraire l'isolement peuvent aboutir au fait que le résident n'a plus ou presque plus d'occasion de communiquer.

Les déficits dans *la capacité à comprendre* (déficits de la réception dans la communication) peuvent provenir d'un déclin de l'audition, d'un trouble de la compréhension du message (parlé ou écrit) ou de la reconnaissance des expressions du visage. Les déficits dans *la capacité à se faire comprendre* (déficits de l'expression dans la communication) peuvent provenir de la réduction du volume de la voix, de la difficulté à produire des sons, de la difficulté à trouver le mot juste, à faire des phrases, à écrire ou à s'exprimer par gestes.

1. AUDITION

Objectif: Évaluer comment le résident entend (avec des adaptations dans son environnement, si nécessaire) durant les 7 derniers jours.

Procédure: Consultez le dossier et rencontrez la famille, le personnel soignant proche de la personne, le résident et des spécialistes de l'audition ou de la parole. Testez l'exactitude de vos conclusions en observant la personne pendant vos conversations. Si le résident utilise un appareil, évaluez son audition lorsqu'il le porte. Souvent, un résident dispose d'un appareil auditif mais ne l'utilise pas parce qu'il le gêne. Dans ce cas, évaluez ce qu'il entend *réellement* (donc sans l'appareil puisqu'il ne l'utilise pas).

Soyez attentif à ce que vous devez faire pour communiquer avec le résident. Par exemple, parler plus clairement, élever le ton, parler plus lentement, utiliser plus de gestes ; repérer le besoin du résident de vous voir de face pour savoir que vous parlez ou la nécessité d'aller dans un endroit plus tranquille pour dialoguer. Ce sont là autant d'indices de l'existence d'un problème d'audition dont il faudra tenir compte dans le codage.

Observez aussi les interactions du résident avec les autres et pendant les activités de groupe. Demandez au personnel d'animation comment le résident entend pendant ces activités.

Codage: Entrez le chiffre qui correspond à la réponse la plus proche.

0. Entend bien.
Entend une conversation normale, y compris au téléphone, en regardant la télévision et dans une activité de groupe.

1. Difficultés minimes.
Entend une conversation normale pour autant qu'il n'y ait pas de bruit de fond et qu'il s'agisse d'une conversation en face-à-face.

2. N'entend que dans certaines situations.
Bien que malentendant, le résident peut entendre lorsque l'interlocuteur hausse le ton et parle distinctement ou alors n'entend que lorsqu'il voit clairement le visage de l'autre.

3. Atteinte grave, n'entend pratiquement rien.
N'entend que quelques sons, ne parvient pas souvent à répondre, même s'il est en face de l'interlocuteur et que celui-ci hausse le ton et parle distinctement. Pas de compréhension de la conversation, malgré tous les efforts de l'interlocuteur.

2. APPAREILLAGE, AIDES TECHNIQUES (F) OU MOYENS AUXILIAIRES (CH)

Définitions: **a. Appareil auditif, disponible et utilisé.**
Le résident dispose d'un appareil auditif ou d'un autre moyen auxiliaire et l'utilise régulièrement.

b. Appareil auditif, disponible, non utilisé.
Un appareil auditif ou un autre moyen auxiliaire est à la disposition du résident mais n'est pas utilisé régulièrement (par exemple, l'appareil auditif est cassé ou utilisé seulement épisodiquement).

c. Autres moyens de communication (par exemple, lecture sur les lèvres).
Mécanisme ou procédé utilisé par le résident pour améliorer la communication avec autrui (par exemple, la lecture labiale, le toucher pour compenser l'absence d'audition, l'écriture, l'utilisation d'une ardoise).

Procédure : Conversez avec le résident et observez attentivement comment se passe votre conversation avec lui. Consultez les soignants proches de lui.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Si le résident ne porte pas d'appareil ou n'emploie pas régulièrement de technique compensatoire de communication, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

3. MODES D'EXPRESSION

Objectif : Décrire les types de communication (verbale et non verbale) qu'utilise le résident pour faire connaître ses besoins et ses désirs.

Définitions : **b. Messages écrits pour exprimer ou clarifier ses besoins.**
Le résident écrit des notes pour communiquer avec les autres.

d. Signes, gestes, sons.
Cette catégorie comprend les expressions non verbales utilisées par le résident pour communiquer avec les autres :
- Les signes ou gestes peuvent consister en des expressions du visage, à montrer des mots, des objets, des personnes, à hocher la tête deux fois pour « oui » et une fois pour « non » ou à serrer la main de l'interlocuteur une ou deux fois.
- Les sons peuvent consister en des grognements, des coups frappés, des coups de sonnette, etc.

e. Tableau pour communiquer.
Tout instrument, qu'il soit fabriqué sur place, électronique ou informatique, utilisé par le résident pour se faire comprendre et indiquer ses souhaits ou ses demandes.

f. Autre.
Cartes ou autres aides techniques électroniques.

Procédure : Demandez l'avis du personnel soignant (de toutes les équipes si possible) en contact direct avec le résident. Demandez l'avis de sa famille. Dans vos contacts avec lui, appréciez la fiabilité des expressions non verbales (expressions physiques telles que montrer les objets du doigt) pour la communication en face-à-face ou en groupe.

Codage : Cochez la case correspondant à chaque méthode utilisée pour exprimer les besoins du résident. S'il n'utilise aucune des techniques citées, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

4. SE FAIRE COMPRENDRE

Objectif : Déterminer comment le résident s'exprime et communique ses demandes, ses besoins, ses opinions, ses problèmes urgents ou comment il converse avec les autres, en utilisant la parole, l'écriture, des signes ou une combinaison de ces moyens.

Procédure : Dialoguez avec le résident. Observez comment il communique avec vous. Observez ses interactions avec les autres dans différents contextes (par exemple, en tête-à-tête ou en groupe) et en différentes circonstances (par exemple, quand il est calme, quand il est agité). Consultez les soignants proches de lui (de toutes les équipes, si possible), sa famille ainsi que les spécialistes du langage : orthophoniste (F), logopédiste (CH).

Codage : Entrez le chiffre qui correspond à la réponse la plus proche.

0. Est compris.
Le résident exprime ses idées clairement.

1. Est généralement compris.
Le résident a des difficultés à trouver le mot juste ou à aller au bout de sa pensée. Ses réponses sont lentes ou il a besoin de stimulation pour se faire comprendre.

2. Est parfois compris.
Le résident a des capacités limitées mais arrive à exprimer des demandes concrètes concernant les besoins de base (par exemple, nourriture, boissons, sommeil, aller aux toilettes).

3. Rarement ou jamais compris.
Au mieux, la compréhension se limite à une interprétation par le personnel de sons ou expressions corporelles propres au résident (par exemple, en cas de douleur, de besoin d'aller aux toilettes).

5. CLARTÉ DU LANGAGE

Objectif : Apprécier la qualité du langage du résident, non en ce qui concerne son contenu ou sa pertinence, mais uniquement la diction.

Définition : **Langage.** Expression de mots articulés.

Procédure : Écoutez le résident. Discutez avec les soignants les plus proches du résident.

Codage : Entrez le chiffre qui correspond à la réponse la plus proche.

0. Langage clair.
Prononce les mots distinctement et de façon intelligible.

1. Langage indistinct.
Prononce des mots bredouillés ou mal articulés.

2. Pas de langage.
Ne prononce aucun mot.

6. CAPACITÉ À COMPRENDRE LES AUTRES

Objectif : Décrire comment le résident comprend des informations verbales, transmises oralement, par écrit, par langage des signes ou en Braille. Cet item évalue non seulement comment il entend ces messages mais aussi comment il les comprend et les utilise.

Procédure : Dialoguez avec le résident. Consultez le personnel soignant le plus proche de lui (par exemple, les aides-soignantes) de toutes les équipes si possible, sa famille ou des spécialistes du langage (F : orthophoniste ; CH : logopédiste).

Codage : Entrez le chiffre correspondant à la réponse la plus appropriée.

0. Comprend.
Le résident comprend clairement le message de l'interlocuteur et confirme cette compréhension par des mots, des actes ou des comportements.

1. Comprend généralement.
Le résident risque de manquer une partie ou une intention du message, mais en saisit l'ensemble. Peut avoir parfois quelques difficultés à intégrer des informations mais fait généralement preuve d'une bonne compréhension dans ses réponses (en paroles ou en actes).

2. Comprend parfois.
Le résident fait preuve de difficultés fréquentes à comprendre les informations et ne répond correctement qu'à des questions ou à des ordres simples et directs. Lorsque le personnel reformule les phrases, simplifie le message et/ou utilise des gestes, la compréhension par le résident s'améliore.

3. Comprend rarement ou jamais.
Le résident montre une capacité très restreinte à comprendre. Il est difficile de savoir, d'après ses réponses (verbales ou non verbales), s'il comprend les messages. Il peut entendre des sons mais ne pas comprendre les messages.

7. MODIFICATION DE L'AUDITION OU DE LA COMMUNICATION

Objectif : Signaler tout changement dans la façon dont le résident s'exprime, comprend ou entend l'information par comparaison avec son état 90 jours auparavant (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci date de moins de 90 jours). Si le résident vient d'être admis dans l'établissement, cet item porte sur les changements intervenus dans la période antérieure à l'admission.

Procédure : En plus de consulter le personnel soignant le plus proche (de toutes les équipes si possible), demandez au résident s'il a remarqué un changement de son aptitude à entendre, à parler ou à comprendre les autres. Parfois, les résidents ne se plaignent pas de ces changements parce qu'ils les attribuent au « grand âge ». C'est pourquoi il est important de le leur demander directement. En fait, certains troubles auditifs peuvent facilement être corrigés (par exemple, en changeant les piles d'un appareil auditif ou en enlevant des bouchons de cérumen).

Codage : Notez le code correspondant à la réponse appropriée. Codez **0** s'il n'y a pas eu de changement, **1** s'il y a eu amélioration ou **2** s'il y a eu détérioration.

EXEMPLES

Changement de la communication ou de l'audition

- Mme L. souffre d'une aphasie grave depuis deux ans. Elle prononce périodiquement un mot ou une phrase que les autres comprennent, mais ce n'est pas nouveau. Durant les 90 derniers jours, ses capacités de communiquer ne se sont pas modifiées. **Codez 0 pour « Pas de changement ».**
- L'ouïe de Mme R. est très déficiente. Il y a 5 mois, l'ergothérapeute a fabriqué des cartes pour que l'équipe puisse communiquer avec elle. Ce fut un grand progrès pour Mme R. et pour l'équipe. Sa capacité à comprendre les autres continue de s'améliorer**. Codez 1 pour « Amélioration ».**
- M. S. se plaint depuis deux semaines d'avoir les oreilles qui sonnent. Il dit : « S'il vous plaît, faites quelque chose, je deviens fou ! » **Codez 2 pour « Détérioration ».**
- Lors de son admission il y a 2 mois, Mme T. entendait difficilement à moins que son interlocuteur n'élève la voix et parle très distinctement. Elle avait porté un appareil auditif auparavant mais il avait été perdu durant son séjour à l'hôpital. Depuis son entrée dans l'établissement, Mme T. a subi des tests et un nouvel appareil lui a été adapté. Elle entend beaucoup mieux avec l'appareil bien qu'elle ait encore besoin de s'habituer à le porter. **Codez 1 pour « Amélioration ».**

Section D.

Vision

Objectif : Déterminer l'état et les limites de la vision du résident **pendant les 7 derniers jours**, dans des conditions d'éclairage adéquates et avec l'utilisation d'aides visuelles si nécessaire.

1. VISION

Objectif : Évaluer comment le résident voit des objets rapprochés dans une lumière adéquate et avec l'aide de moyens auxiliaires prévus à cet effet (par exemple, lunettes, loupe).

Définition : **« Une lumière adéquate »** signifie une lumière qui permet à une personne ayant une vision normale de lire confortablement.

Procédure :
- Demandez au personnel soignant le plus proche, de toutes les équipes si possible, si le résident a manifesté un changement quelconque de sa vision durant les 7 derniers jours (par exemple, est-il encore capable de lire un journal, un menu, une carte de vœux, etc.).
- Interrogez ensuite le résident sur ses aptitudes visuelles.
- Testez l'exactitude de ces réponses en lui demandant de regarder un journal ou un livre dont les caractères sont de taille standard, avec les moyens qu'il utilise habituellement pour la vision de près (lunettes, loupe, etc.). Puis demandez-lui de lire à haute voix en commençant par les titres et en terminant par le texte dont les caractères sont les plus fins.
- Soyez attentif au fait que certains résidents sont illettrés ou incapables de lire votre langue. Dans ce cas, demandez au résident de lire à haute voix des lettres isolées de différentes tailles ou des nombres tels que des dates, des numéros de page ou encore de décrire de petites images.
- Si le résident est incapable de communiquer ou de suivre vos indications pour tester sa vision, observez les mouvements de ses yeux pour voir s'il semble suivre les mouvements ou les objets. Bien qu'il s'agisse d'une mesure grossière pour évaluer l'acuité visuelle, elle vous permettra de vérifier si le résident voit quelque chose ou non.

Codage : Notez le code qui correspond à la réponse la plus proche.

0. Bonne.
Le résident voit les petits détails, y compris les caractères usuels des livres et journaux.

1. Un peu déficiente.
Le résident lit les gros caractères (titres), mais pas les caractères usuels des livres et journaux.

2. Déficiente.
Le résident a une vision limitée, ne peut pas lire les gros titres des journaux, mais peut identifier les objets de son environnement.

3. Très déficiente.
La capacité du résident à identifier les objets de son environnement est douteuse, mais les mouvements des yeux semblent suivre les objets (spécialement les personnes qui marchent près de lui). (*Note :* beaucoup de résidents sévèrement déficients mentalement ne peuvent participer à un test de vision car ils sont incapables de suivre vos indications ou de vous dire ce qu'ils voient. Cependant, beaucoup de ces résidents semblent suivre des yeux, parfois avec insistance, les objets de leur environnement. Pour de tels résidents, utilisez le code **3** (« Très déficiente »). Ceci est la meilleure évaluation que nous puissions faire actuellement, avec nos moyens techniques limités.)

4. Gravement atteinte.
Le résident ne voit pas ; il distingue seulement les couleurs ou les formes, ou bien ses yeux ne semblent pas suivre les objets (spécialement les personnes qui marchent près de lui).

2. LIMITATIONS OU DIFFICULTÉS VISUELLES

Objectif : Déterminer si le résident souffre de limitations de la vision ou de difficultés reliées à des maladies courantes chez les personnes âgées (par exemple, cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire, rétinopathie des diabétiques, maladie neurologique). Il est important de repérer la présence de ces affections. Certains problèmes de vue peuvent être traitables et réversibles, d'autres, bien que non réversibles, peuvent bénéficier d'interventions pour maintenir ou améliorer les capacités visuelles résiduelles du résident.

Procédure : **a. Problèmes de vision latérale.**
Observez le résident dans ses activités quotidiennes (par exemple, quand il mange ou quand il marche le long des couloirs). Interrogez-le sur des problèmes liés à sa vue (par exemple, s'il renverse de la nourriture, s'il bute contre les gens ou les objets). Demandez à l'aide-soignante ou à d'autres soignants proches du résident, de toutes les équipes si possible, s'il semble avoir des difficultés concernant la diminution de la vision périphérique (par exemple, il laisse de la nourriture sur un côté du plateau, a des difficultés pour se déplacer, bute contre les personnes ou les objets, apprécie mal les distances quand il veut s'asseoir).

b. Existence de l'un des symptômes suivants.
Demandez directement au résident s'il voit des halos ou des anneaux autour des sources lumineuses, des éclairs lumineux ou des voiles devant les yeux. Demandez aux membres de l'équipe si le résident se plaint de l'un de ces problèmes.

Codage : Cochez ce qui s'applique. Si rien ne s'applique, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

3. AIDES TECHNIQUES (F) OU MOYENS AUXILIAIRES (CH) POUR LA VUE

Objectif : Déterminer si le résident utilise régulièrement des aides techniques (F) ou moyens auxiliaires(CH) pour la vue.

Définition : **Lunettes, lentilles de contact, implants, loupe.** Inclut tout genre d'appareil de correction ou implant utilisé une fois ou l'autre durant les 7 derniers jours.

Codage : Notez le code **1** si le résident porte des verres de contact, met des lunettes, utilise une loupe, a reçu un implant. Sinon, notez **0**.

Section E.

Humeur et comportement

Le sentiment de détresse est un problème sérieux qui entraîne une morbidité importante. Les facteurs associés comprennent : une mauvaise adaptation à l'institution, des incapacités fonctionnelles, de la résistance aux soins quotidiens, l'isolement, un risque accru de maladie, des troubles cognitifs et une augmentation de la sensibilité à la douleur physique. Il est particulièrement important d'identifier les signes et les symptômes de détresse des personnes âgées résident en institution car ils sont tout à fait traitables.

Dans beaucoup d'établissements, le personnel n'a pas reçu de formation particulière pour évaluer les résidents présentant un sentiment de détresse ou des troubles du comportement. C'est pourquoi de nombreux

problèmes ne sont pas bien diagnostiqués et traités. Dans les établissements où une telle formation n'a pas été donnée, il est recommandé de mettre en place un programme interne de formation sous la responsabilité d'un spécialiste de la santé mentale. Au minimum, le personnel de ces établissements pourra trouver de l'aide dans les différents GAD concernant la santé mentale (par exemple, GAD Humeur p. 259, GAD Comportement p. 263 ; voir chapitre 6) et ils devront les étudier attentivement.

1. SIGNES DE DÉPRESSION, D'ANXIÉTÉ OU DE TRISTESSE.

Objectif : Enregistrer la fréquence des signes observés durant les 30 derniers jours, quelle qu'en soit la cause présumée.

Définition : Un sentiment de détresse est parfois exprimé directement par le résident déprimé, anxieux ou triste. Cependant des propos tels que « Je suis très déprimé(e) » sont rarement tenus par des personnes âgées en institution. La détresse est plus habituellement exprimée de ces façons :

Expressions verbales de détresse

a. Le résident exprime des sentiments négatifs.
Par exemple, « Rien n'a d'importance » ; « Il vaudrait mieux être mort » ; « À quoi cela sert-il ? » ; « Je regrette d'avoir vécu si longtemps » ; « Laissez-moi mourir ! »

b. Questions répétitives.
Par exemple, « Où est-ce que je vais ? Qu'est-ce que je fais ? »

c. Expressions répétitives.
Par exemple, des appels à l'aide : « Que Dieu me vienne en aide ! »

d. Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres.
Par exemple, facilement agacé, mécontent d'être placé en institution ; colère contre les soins reçus.

e. Dépréciation de soi.
Par exemple, « Je ne suis rien ; je ne suis utile à personne ».

f. Expressions de peurs qui semblent infondées.
Par exemple, peur d'être abandonné, d'être laissé seul, d'être avec les autres.

g. Pensées morbides récurrentes.
Croit que quelque chose de terrible va arriver. Par exemple, qu'il (elle) va mourir, avoir une « attaque ».

h. Plaintes répétées au sujet de sa santé.
Par exemple, recherche constamment l'attention d'un médecin, souci obsessionnel au sujet de fonctions corporelles.

i. Plaintes anxieuses répétées (non liées à la santé).
Par exemple, demande constamment de l'attention ou une approbation au sujet des horaires, des repas, du lavage du linge, des vêtements, des relations avec autrui…

La détresse peut aussi s'exprimer de façon non verbale et être identifiée par l'observation des habitudes quotidiennes du résident dans les domaines suivants :

Problèmes liés au cycle du sommeil

La détresse peut aussi se manifester par des troubles du sommeil.

j. Est de mauvaise humeur le matin

k. Insomnie ou changement dans les rythmes habituels de sommeil. Par exemple, difficulté à s'endormir, modification du temps de sommeil, réveil trop tôt et incapacité de se rendormir.

Aspect triste, apathique ou anxieux

l. Visage exprimant la tristesse, la douleur, l'inquiétude. Par exemple, front soucieux.

m. Larmes et pleurs.

n. Mouvements physiques répétitifs. Par exemple, faire les 100 pas, se tordre les mains, bouger sans arrêt, émietter, fébrilité.

Perte d'intérêt

Ces items renvoient à un changement dans le comportement habituel du résident.

o. Abandon d'activités jusqu'alors appréciées. Par exemple, perte d'intérêt pour des activités anciennes ou pour la compagnie de sa famille ou des amis.

p. **Réduction des relations avec autrui.** Par exemple, moins causant, plus isolé.

Procédure : Engagez une conversation avec le résident. Certains résidents parlent davantage de leurs sentiments que d'autres ; ils parleront de leur détresse spontanément ou uniquement lorsqu'on leur demande directement comment ils se sentent. D'autres résidents seront incapables d'exprimer leurs sentiments (par exemple, ils ne peuvent trouver les mots pour décrire leur état ou ils sont dénués de capacités intellectuelles ou de clairvoyance). Observez soigneusement le résident pour chacun des signes. Demandez l'avis du personnel soignant au contact du résident, de toutes les équipes si possible, ainsi que de la famille proche qui connaît bien le résident. Vous pouvez aussi trouver des informations pertinentes consignées dans le dossier clinique.

Codage : Pour chaque signe, utilisez les codes suivants en vous fondant sur l'observation du résident et ses interactions **au cours des 30 derniers jours**. Codez sans tenir compte de ce que vous pensez en être la cause.

0. Signe non observé dans les 30 derniers jours.

1. Signe de ce type observé jusqu'à 5 jours par semaine (par exemple, observé au moins une fois au cours des 30 derniers jours mais moins de 6 jours par semaine).

2. Signe de ce type observé quotidiennement ou presque quotidiennement (6 à 7 jours par semaine).

EXEMPLE

Signes de dépression, d'anxiété ou de tristesse

- Chaque fois que sa fille vient lui rendre visite (3 fois par semaine), M. F., qui vient d'être admis dans l'établissement, est bouleversé et se met en colère. Il se plaint à elle et aux membres du personnel : « Elle m'a mis au rebut. » Il la critique sévèrement pour « ne pas l'avoir pris chez elle » et lui reproche aigrement « d'être une fille ingrate ». Après son départ, il est plein de remords, triste, larmoyant et dit : « A quoi cela sert-il ? Je suis inutile. J'aurais voulu mourir en même temps que ma femme. »

Codez **1** pour **a.** (« Le résident exprime des sentiments négatifs »), **d.** (« Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres »), **e.** (« Dépréciation de soi »), **m.** (« Larmes et pleurs fréquents »). Les autres items devront être codés **0**.

2. PERSISTANCE DE L'HUMEUR

Objectif : Identifier un ou plusieurs signes (indicateurs) d'un état persistant de dépression, de tristesse ou d'anxiété résistant aux tentatives de réconfort et de sécurisation du résident **durant les 7 derniers jours**.

Procédure : Observez le résident et discutez de la situation avec les soignants proches, de toutes les équipes, jour et nuit si possible, ainsi qu'avec les membres de sa famille et les amis qui lui rendent visite fréquemment ou ont des contacts téléphoniques fréquents avec lui.

Codage : Notez **0** si le résident n'a montré aucun de ces signes au cours des 7 derniers jours, **1** si les signes ont été présents et facilement améliorés par les interventions de l'équipe ou **2** si l'une quelconque des manifestations a été présente mais n'a pas été facilement modifiée (par exemple, le comportement persiste malgré les efforts de l'équipe pour consoler le résident).

3. CHANGEMENT DE L'HUMEUR

Objectif : Repérer les changements de l'humeur du résident en comparaison avec son état 90 jours auparavant (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci date de moins de 90 jours). Si le résident vient d'être admis dans l'établissement, cet item porte sur les changements intervenus dans la période antérieure à l'admission.

Définition : **Changement d'humeur.** Ceci renvoie à tout changement (apparition nouvelle, amélioration, détérioration) de n'importe lequel des signes décrits à l'item **E1** (« Expressions verbales de détresse », « Problèmes liés au cycle du sommeil », « Aspect triste, apathique ou anxieux, perte d'intérêt ou autre signe ») ou à l'item **E2** (« Persistance de l'humeur »). De tels changements comprennent :

- Accroissement ou diminution du **nombre** d'expressions ou de signes de détresse.
- Accroissement ou diminution de la **fréquence** avec laquelle ces expressions ou signes se produisent.
- Accroissement ou diminution de **l'intensité** des expressions ou des signes de détresse.

Procédure : Reportez-vous au dossier clinique contenant les données de la dernière « Évaluation trimestrielle » et aux dossiers de transmission pour les résidents nouvellement admis. Interrogez et observez le résident. Discutez avec le personnel de toutes les équipes (si possible) pour clarifier les observations.

Codage : Codez **0** s'il n'y a eu aucun changement, **1** s'il y a eu amélioration ou **2** s'il y a eu détérioration par rapport à son état 90 jours auparavant.

EXEMPLES

Modification de l'humeur

- Mme Y. a une psychose maniaco-dépressive. Son anamnèse signale qu'elle a bien réagi au lithium et que son humeur a été stable pendant presque une année. Il y a deux mois, elle est devenue très triste et repliée sur elle-même, a exprimé son désir de mourir et a cessé de s'alimenter. Elle a été transférée dans un hôpital psychiatrique pour évaluation et traitement. Depuis son retour dans l'établissement, il y a trois semaines, avec un nouveau dosage de lithium et un antidépresseur supplémentaire, son humeur s'est améliorée et son appétit est revenu. Elle est redevenue elle-même. **Codez 0 pour « Pas de changement ».**
- Lors de la période de l'évaluation à l'admission, il y a 90 jours, M. M. pleurait beaucoup. Il exprimait tristesse et colère au sujet de son entrée dans l'établissement. Il avait des difficultés pour s'endormir, était agité pendant la nuit, réveillé tôt le matin, bouleversé de ne pouvoir se rendormir. Depuis, M. M. s'est impliqué dans un groupe de soutien qui se réunit 2 fois par semaine et a pris plaisir à fréquenter de nouveaux amis à l'occasion des activités. Il dort habituellement toute la nuit et se sent bien le matin. Bien qu'il exprime toujours de la tristesse et de la colère du fait d'avoir besoin des soins de l'établissement, cela se produit moins fréquemment et avec moins d'intensité. **Codez 1 pour « Amélioration ».**

- Mme D. a un long passé de dépression. Il y a deux mois, elle a réagi négativement à un médicament psychotrope. Elle a exprimé sa crainte de perdre la tête et est apparue très agitée. Sa capacité d'attention était diminuée et elle a cessé de participer aux activités de groupe car elle était trop agitée. Après une interruption du traitement médicamenteux, ses craintes et ses troubles du comportement se sont un peu dissipés et elle a eu moins d'épisodes d'agitation. Mme D. va mieux, mais elle ressent encore des sentiments de tristesse et n'a pas complètement retrouvé son état d'il y a 90 jours. **Codez 2 pour « Détérioration ».**
- Lors de l'évaluation à l'admission il y a 6 semaines, Mme Z. était très agitée. Tous les jours, elle se plaignait de multiples douleurs et de maux imprécis. Elle demandait constamment aux infirmières : « Appelez le docteur, je suis malade. » Comme aucun problème physique n'avait pu être identifié, Mme Z. a été examinée par un psychiatre qui a diagnostiqué un état dépressif et prescrit un antidépresseur. L'effet en a été spectaculaire. Lors de l'« évaluation pour changement significatif », Mme Z. se plaint beaucoup moins de sa santé et est plus impliquée dans les activités de l'unité. **Codez 1 pour « Amélioration ».**

4. COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE

Objectif : Identifier (A) la fréquence et (B) la variabilité au cours des 7 derniers jours**,** de comportements problématiques, sources de détresse pour le résident, d'angoisse ou de perturbations pour les autres résidents ou le personnel. Ces comportements comprennent ceux qui sont potentiellement dangereux pour le résident lui-même ou perturbant pour son environnement, même si le personnel et les autres résidents semblent s'y être adaptés (par exemple : « Les appels de Mme R. ne sont pas très différents de ceux d'autres résidents dans l'unité. Il y a beaucoup de résidents bruyants » ; ou : « Mme L. n'a pas l'intention de me battre. Elle fait cela car elle est confuse »).

Reconnaître et consigner les types de comportements problématiques du résident sur le MDS fournit une base pour les évaluations suivantes, pour l'élaboration du plan de soins et la dispensation de soins adaptés et appropriés à l'amélioration de ces comportements. L'information écrite dans le dossier sur l'état présent du résident peut être imprécise ou peu fiable et ne saurait constituer la seule et unique source d'information (voir la procédure ci-dessous). Cependant, une fois que la fréquence et la variabilité des comportements problématiques auront été déterminées avec précision, les informations postérieures pourront refléter de façon plus précise l'état du résident et sa réaction aux interventions.

Définitions : **a. Déambulation.**

Déplacement sans but ni raison perceptibles, sans objectif rationnel. Un résident qui déambule peut ne pas tenir compte de sa sécurité ou de ses besoins physiques. Ce comportement ne doit pas être confondu avec un déplacement justifié (par exemple, celui de la personne qui a faim, se déplaçant dans l'unité à la recherche de nourriture). La déambulation peut se manifester en marchant ou en fauteuil roulant.

Ne considérez pas « faire les cent pas » comme de la déambulation ; si cela arrive, cela doit être noté à l'item **E1n.** « Mouvements physiques répétitifs ».

b. Agressivité verbale.

Menace, injurie ou maudit les autres résidents ou le personnel.

c. Agressivité physique.

Frappe, repousse, griffe ou agresse sexuellement les autres résidents ou le personnel.

d. Comportement socialement inadapté ou perturbateur.

Comprend sons perturbateurs, bruits excessifs, hurlements, onanisme, masturbation ou déshabillage en public, cracher, projeter de la nourriture ou des selles, amasser des objets, fouiller dans les affaires des autres.

e. Résistance aux soins.
Résistance pour prendre des médicaments, recevoir des injections, de l'aide pour les AVQ et pour manger. Cette catégorie ne comprend pas les cas où le résident a fait un choix éclairé de ne pas poursuive un traitement (par exemple, le résident a exercé son droit de refuser un traitement et réagit négativement lorsque l'équipe essaye de le reprendre). Les signes de résistance peuvent être verbaux ou physiques (refuse expressément de recevoir des soins, repousse le soignant ou le griffe). Ces comportements ne sont pas forcément à considérer comme négatifs ou positifs ; ils fournissent des informations utiles pour fixer les objectifs du plan de soins, ils renseignent sur les réactions du résident aux interventions de soins et suggèrent d'autres investigations sur leurs causes (par exemple, peur de la douleur, peur de tomber, mauvaise compréhension, colère, pauvreté des relations, volonté de participer aux décisions de soins, expériences antérieures au sujet d'erreurs de médicaments ou de soins inacceptables, désir de modifier les soins dispensés).

Procédure : Examinez *de façon objective* le comportement du résident. Le codage de ces items porte sur les actions du résident, non sur ses intentions. Il est souvent difficile de déterminer la signification d'un comportement particulier. Il est donc important de commencer l'évaluation en notant chacune de ces manifestations. Le fait que le personnel se soit habitué à ce comportement et minimise l'intention supposée du résident (« Il n'a pas réellement l'intention de faire du mal à quelqu'un. Il est simplement effrayé. ») ne doit pas entrer en ligne de compte pour le codage. La question à se poser est : le résident manifeste-t-il ce comportement ou non ? Est-il agressif pendant sa toilette et frappe-t-il le personnel ou non ?

Observez le résident, comment il réagit aux tentatives des membres de l'équipe pour lui prodiguer des soins. Discutez avec le personnel de toutes les équipes qui assurent les soins directs sur les 24 heures. Un comportement problématique peut exister et ne pas être repéré par un évaluateur parce qu'il se produit, par exemple, lors de soins intimes donnés par une autre équipe. Il est donc particulièrement important de recueillir les informations auprès de tous les personnels ayant un contact direct avec le résident.

Soyez attentif au fait que l'équipe pourrait ne pas penser à rapporter un comportement problématique du fait de sa fréquence chez les autres résidents de l'unité (par exemple, dans un service où les résidents sont lourdement handicapés physiquement et intellectuellement, le personnel est habitué aux déambulations, aux cris, aux bruits divers, etc.). Concentrez l'attention de l'équipe sur ce qu'a été le comportement réel du résident au cours des 7 derniers jours. À la fin, consultez le dossier médical, bien qu'il puisse ne pas être complet.

Codage :

Colonne A : fréquence des symptômes comportementaux durant les 7 derniers jours.

Notez la fréquence des comportements manifestés par le résident observés par toutes les équipes de jour et de nuit. Pour chaque type de comportement décrit sur le MDS, codez **0** si le résident n'a pas manifesté ce type de comportement au cours des 7 derniers jours. Ce code s'applique aux résidents qui n'ont jamais présenté ce comportement problématique ou à ceux qui l'ont présenté antérieurement mais ne le manifestent plus, y compris ceux qui sont maîtrisés sous l'effet de médicaments psychotropes, de contraintes physiques ou d'un programme d'action sur le comportement. Par exemple, un résident « déambulant » qui n'a pas déambulé durant les 7 derniers jours parce qu'il était maintenu au fauteuil devra être codé **0** (symptômes comportementaux non observés au cours des 7 derniers jours). Dans ce cas, la pratique discutable de restriction de la déambulation par l'attache au fauteuil devra être évaluée à l'aide du **GAD Contention physique, p. 308**.

Codez **1** si le comportement décrit survient de 1 à 3 jours au cours des 7 derniers jours. Codez **2** si le comportement décrit survient de 4 à 6 jours, mais pas tous les jours. Codez **3** si le comportement décrit survient tous les jours ou plus fréquemment (par exemple, plusieurs fois chaque jour).

Colonne B : variabilité des symptômes comportementaux durant les 7 derniers jours.

Codez **0** si le comportement problématique est absent ou facilement modifié par les interventions actuelles.

Codez **1** si le comportement décrit persiste malgré les tentatives de l'équipe de le réduire en plaçant des limites, en faisant diversion, en adaptant la routine quotidienne de l'unité aux besoins du résident, en organisant des modifications environnementales, en programmant des activités, des mesures de confort, un traitement médicamenteux adapté, etc. Par exemple, un résident déficient intellectuellement qui frappe le personnel pendant les soins du matin, l'injurie à chaque contact physique en de multiples occasions au cours de la journée et dont le comportement n'est pas facilement modifié, devra être codé **1**.

EXEMPLES

Comportement problématique	(A) Fréquence	(B) Variabilité
• Mme T. est démente et sévèrement atteinte dans sa capacité à prendre des décisions pour la vie quotidienne. Elle est dépendante des autres qui la guident toute la journée. Quand elle n'est pas impliquée dans une quelconque activité (loisir, repas, AVQ, etc.) elle déambule dans l'unité. Malgré le caractère répétitif et quotidien de cette déambulation, ce comportement peut être facilement canalisé et orienté vers d'autres activités, si les soignants la réorientent en l'y invitant. Mme T. se laisse entraîner facilement et ne demande pas mieux que de continuer à participer à ce qui se passe.	**3**	**0**
• Mme M.W. souffre de démence et est sévèrement atteint dans sa capacité à prendre des décisions pour la vie quotidienne. Toute la journée, il déambule partout dans l'unité. Il entend très mal et refuse de porter un appareil auditif. Il est facilement effrayé par les autres et ne peut rester tranquille pour participer à des activités programmées. De nombreuses tentatives pour orienter ses déambulations se sont heurtées au fait que M.W. se mettait à frapper et bousculer le personnel. Avec le temps, les soignants ont repéré que c'était lorsqu'il déambulait dans un cadre organisé qu'il était le plus satisfait	**3**	**1**

5. CHANGEMENT DU COMPORTEMENT

Objectif : Déterminer si les comportements problématiques ou la résistance aux soins manifestés par le résident restent stables, augmentent ou diminuent (en fréquence de survenue ou en variabilité) par comparaison avec son état 90 jours auparavant (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci date de moins de 90 jours). Prendre en compte des changements dans tous les domaines comprenant, entre autres, déambulation, manifestations d'agressivité verbale (insultes) ou physique, comportement socialement inadapté ou résistance aux soins. Si le résident a été admis récemment dans l'établissement, cet item porte aussi sur les changements survenus dans la période antérieure à l'admission.

Définition : **Changement dans le comportement.** Renvoie à la modification (apparition nouvelle, amélioration, détérioration) de l'un des signes décrits à l'item **E4** (« Comportements problématiques »). De tels changements comprennent :

- augmentation ou diminution du **nombre** des comportements problématiques ;
- augmentation ou diminution de la **fréquence** de survenue des comportements problématiques ;

- augmentation ou diminution de **l'intensité** des comportements problématiques ;
- augmentation ou diminution des **possibilités de modification** des comportements problématiques.

Procédure : Revoir les notes des infirmières, les dossiers des résidents, y compris les données de la dernière « évaluation trimestrielle » et les dossiers de transmission pour les résidents nouvellement admis. Observez le résident. Pour clarifier les informations, demandez l'avis des soignants qui le connaissent bien, si possible de toutes les équipes (jour et nuit), ainsi que celui de la famille.

Codage : Codez **0** si aucun changement n'est apparu en ce qui concerne les comportements problématiques. Ce code peut aussi être utilisé pour le résident qui ne présente aucun problème actuellement ou depuis 90 jours.

Codez **1** (amélioration) si les comportements problématiques sont devenus moins importants, moins fréquents, moins intenses et qu'il n'est pas survenu de troubles supplémentaires, par rapport à l'évaluation effectuée 90 jours auparavant.

Codez **2** (détérioration) si les comportements problématiques sont devenus plus fréquents ou plus intenses ou ont été compliqués par la survenue de troubles supplémentaires par rapport à l'évaluation effectuée 90 jours auparavant.

EXEMPLES

Changements du comportement

- Malgré les efforts de l'équipe pour lui offrir soutien et réconfort au cours des 90 derniers jours, Mme H. continue de stocker de la nourriture dans sa chambre tous les jours. L'équipe a admis le besoin de cette ancienne sans-abri, mais comme on a trouvé des fourmis et des cafards dans sa chambre, il convient de réévaluer l'attitude des soignants. **Notez le code 0 pour « Pas de changement depuis la dernière évaluation ».**
- Pendant la période de 7 jours d'observation précédant l'évaluation, Mme D. a eu une période difficile en ce qui concerne le rythme d'élimination fécale. Déjà constipée dans le passé, cette constipation s'est aggravée lors d'un épisode de pneumonie et de réduction de boisson, ce qui a provoqué une déshydratation. Durant cet épisode, Mme D. était plus confuse et avait perdu sa vivacité. Pendant la période d'évaluation, on l'a trouvée plusieurs fois extrayant elle-même ses fèces et les étalant (« Comportement socialement inadapté/perturbateur »). L'examen a montré la présence d'un fécalome. Elle a reçu le traitement et le régime approprié, à la suite desquels les signes de comportement socialement inapproprié induits par la gêne ont disparu. Cependant, lorsque Mme D. a commencé à se sentir mieux et plus alerte, elle a repris ses déambulations quotidiennes antérieures (comme 4 mois auparavant), bousculant les autres et farfouillant dans leurs tiroirs. **Codez 0 pour « Pas de changement depuis la dernière évaluation ».**
- Mme F. a toujours été une femme tranquille et passive qui n'a jamais manifesté de trouble du comportement depuis son entrée dans l'établissement. Lors d'une évaluation pour changement significatif après un accident vasculaire cérébral, aucun symptôme de comportement problématique n'a été trouvé. **Codez 0 pour « Pas de changement depuis la dernière évaluation ».**
- M. C. va et vient dans les chambres des autres résidents et fouille dans leurs affaires une fois par jour et parfois plus souvent. Malgré ce comportement problématique, ces quelques dernières semaines, il a été plus facile de travailler avec lui parce qu'il s'est familiarisé avec l'équipe. Bien qu'il continue d'errer et de fouiner, il ne crie plus et n'insulte plus ni les résidents, ni le personnel lorsqu'il est pris en flagrant délit. **Codez 1 pour « Amélioration ».**

- Mme R., 90 jours auparavant, frappait de sa canne sur la table de la salle à manger ou d'activité avec violence et de façon répétitive environ une fois par semaine. La semaine passée, l'équipe a remarqué que ces manifestations (bruits perturbateurs) se produisent maintenant plusieurs fois par jour. **Codez 2 pour « Détérioration ».**

Section F.

Bien-être psychosocial

Objectif : Déterminer l'adaptation du résident à l'établissement de soins, y compris son attitude générale, ses facultés d'intégration au milieu et les changements du mode de relation.

1. SENS DE L'INITIATIVE/IMPLICATION

Objectif : Évaluer le degré d'implication du résident dans la vie de l'établissement et sa prise d'initiative en ce qui concerne la participation aux activités sociales et aux loisirs, y compris les occupations solitaires.

Définitions : **a. À l'aise dans les contacts avec autrui.**
Soyez attentif au comportement du résident en votre présence, à ses relations avec les autres résidents, avec le personnel et les visiteurs. Un résident qui évite les autres, qui passe la plupart de son temps seul ou devient agité lorsqu'il reçoit des visites n'est pas « à l'aise dans les contacts avec autrui ».

b. À l'aise pour effectuer des activités organisées.
Observez le comportement du résident dans de telles activités. Un résident qui se sent bien dans le groupe est « à l'aise pour effectuer des activités organisées ». Un résident qui ne peut rester assis tranquillement lors d'une activité de groupe fait des éclats ou des tentatives pour s'échapper ou refuse de participer à une activité quelconque, n'est pas « à l'aise pour effectuer des activités organisées ». Il n'est pas à exclure que les activités proposées au résident ne correspondent pas à ses centres d'intérêt. Dans ce cas, le résident ne se sentira pas à l'aise dans le groupe d'activité en question et l'équipe aura à s'interroger sur la possibilité de lui proposer d'autres types d'activité (voir section N « Occupations »).

c. À l'aise pour entreprendre de lui-même des activités.
Celles-ci comprennent des activités de loisir (par exemple, lire, regarder la télévision, parler avec des amis) et des activités de travail (par exemple, plier son propre linge, ranger ses affaires). Un résident qui passe la plupart de son temps seul et inoccupé ou qui demande toujours qu'on lui trouve quelque chose à faire n'est pas « à l'aise pour entreprendre de lui-même des activités ».

d. Fixe ses propres objectifs.
Observez les réflexions du genre : « J'espère que je vais pouvoir marcher de nouveau » ou « J'aimerais me lever tôt pour aller au salon de beauté ». Les objectifs peuvent être très traditionnels, tels que vouloir remarcher après une opération de la hanche ou rendre visite à une personne qui lui est chère. Certaines choses ne seront pas exprimées verbalement, mais déduites du constat que le résident mène sa vie propre dans l'établissement (par exemple, en organisant ses propres activités ou en allant à son propre rythme).

e. Cherche à s'intégrer à la vie de l'établissement.
En général, observez si le résident participe à ce qui se passe dans l'établissement, se mêle aux autres résidents, discute des activités comme s'il en était partie prenante. Un résident qui exprime le sentiment d'appartenir à la communauté représentée par l'établissement ou à une unité particulière est « intégré à la vie de l'établissement ».

f. Accepte les invitations à participer à la plupart des activités de groupe.
Un résident qui est prêt à essayer de participer à une activité de groupe, même si, plus tard, il décide que celle-ci ne lui convient pas et s'en va, ou qui ne refuse pas systématiquement toute participation à ces activités, « accepte les invitations à participer à la plupart des activités de groupe ».

Procédure : Les réponses choisies devront être confirmées par une observation objective du comportement du résident (verbal ou non verbal) dans différents lieux (par exemple, dans sa chambre, dans la salle à manger de l'unité, dans les salles d'activité) et dans différentes situations (par exemple, seul, en tête-à-tête, en groupe) au cours des 7 derniers jours. Parlez avec le résident et interrogez-le sur ce qu'il ressent (comment il/elle se sent, comment il/elle aime faire les choses et réagit à des situations particulières). Puis parlez avec les membres de l'équipe qui ont des contacts réguliers avec lui (aides-soignantes, personnel d'animation, travailleurs sociaux ou tous les rééducateurs qui assurent à la personne des soins de réadaptation active). Souvenez-vous qu'il est possible qu'il y ait des discordances entre la façon dont le résident se voit et sa conduite réelle. Fondez-vous sur le meilleur de votre sens clinique pour l'établissement du plan de soins.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Aucun choix ne doit être jugé comme négatif ou positif. Ce sont simplement des situations qui sont cochées si elles existent et qui ne sont pas cochées si elles n'existent pas. Si vous ne cochez aucun des items de la section F1, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ». Pour l'élaboration d'un plan de soins individualisé, rappelez-vous que les items non cochés apportent une information aussi importante que les items cochés.

2. RELATIONS PERTURBÉES

Objectif : S'informer sur la qualité et la nature des contacts du résident avec autrui (par exemple, le personnel, la famille et les autres résidents).

Définitions : **a. Conflit latent ou ouvert, critiques répétées à l'égard du personnel.**
Le résident se plaint tout le temps de certains membres du personnel à d'autres membres du personnel, se plaint verbalement dans les situations de groupe thérapeutique, provoquant des ruptures à l'intérieur du groupe ou bien il n'est pas d'accord avec la manière d'organiser la vie quotidienne. Cocher cette rubrique ne signifie pas qu'on connaisse la cause du problème, ni la manière d'y remédier.

b. Mécontent des voisins (compagnes ou compagnons) de chambre.
Cette catégorie comprend les personnes avec lesquelles le résident partage un cabinet de toilette commun. Ce mécontentement peut se manifester par des demandes insistantes pour changer de compagnon (compagne), lui reprochant de passer trop de temps dans la salle de bain, de fouiller dans ses propres affaires, ou encore se plaignant de l'état physique, mental ou comportemental de ce compagnon. Les manifestations d'incompatibilité entre personnes partageant la même de chambre peuvent porter aussi, par exemple, sur l'heure du coucher (se coucher ou rester debout à regarder la télévision), l'ordre ou le désordre dans la zone personnelle, la durée du temps passé au téléphone, les ronflements, les odeurs liées à l'incontinence ou à un manque d'hygiène.

c. Mécontent des résidents autres que le voisin de chambre.
Ceci peut se manifester par des plaintes permanentes à propos des autres résidents, de leur comportement, de la faible qualité des relations, du manque de possibilité de fréquenter des

personnes ayant les mêmes affinités. Cette définition renvoie à des conflits et des désaccords qui dépassent le cadre de critiques ou de demandes normales (c'est-à-dire plaintes répétitives, continues au-delà d'un niveau raisonnable).

d. Exprime de l'agressivité, de la colère envers sa famille, ses amis.
Comprend l'expression ouverte de sentiments d'abandon, d'ingratitude de la part de la famille, d'un manque de compréhension de la part des amis proches ou d'hostilité envers la famille ou les amis.

e. Absence de contacts personnels avec la famille, les amis.
N'a reçu ni visite ni appel téléphonique d'un proche pendant les 7 derniers jours.

f. Perte récente d'un proche (famille ou ami).
Comprend le départ, même temporaire, d'un membre de la famille ou d'un ami pour un lieu plus éloigné (par exemple, pendant les mois d'hiver) ; l'incapacité ou le décès d'une personne importante pour lui ; la fin récente d'une relation importante (par exemple, son infirmière préférée a été transférée dans une autre unité).

g. Ne s'adapte pas facilement aux modifications des habitudes quotidiennes.
Signes de colère, de confusion prolongée ou d'agitation lors de changements dans le train-train quotidien (par exemple, changement ou réorganisation du personnel, nouvelle organisation d'un traitement ou des médicaments, changement dans le programme d'activité ou les repas, nouveau compagnon de chambre).

EXEMPLE

Relations perturbées

- Pendant les 6 derniers mois, Mme A. a reçu 2 pilules blanches, 1 bleue, 1 jaune et 2 bouffées d'un inhalateur orange. Le fabricant d'aérosol a récemment changé l'emballage. Lorsque l'on donne à Mme A. le nouvel inhalateur bleu et lui explique qu'il s'agit du même produit dans un emballage de couleur différente, elle devient agitée et contrariée. Il faut beaucoup de patience à l'infirmière pour rassurer Mme A. avant qu'elle n'utilise le nouvel inhalateur. Ceci s'est reproduit pendant plusieurs jours au cours de la semaine précédente.

Procédure : Demandez au résident son point de vue. Est-il généralement content de ses relations avec le personnel et sa famille ou se sent-il malheureux ? Si le résident est malheureux, de quoi souffre-t-il particulièrement ?

Il est aussi important de parler avec les membres de la famille qui lui rendent visite ou lui téléphonent fréquemment. Ont-ils eu des contacts avec le résident au cours des 7 derniers jours ?

Pendant les soins de routine, observez les relations entre le résident, le personnel et les autres résidents. Remarquez-vous des signes de conflits ? Discutez avec le personnel au contact direct du résident (par exemple, aides-soignantes, personnel du service de table, animateur, etc.) et demandez-leur ce qu'ils ont pu observer à propos de relations conflictuelles ou harmonieuses. Tenez compte du fait que les observations de certains membres du personnel peuvent ne pas être objectives. En tant qu'évaluateur, vous chercherez à obtenir une vue globale et consensuelle de la situation.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Si rien ne convient, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

3. RÔLES ANTÉRIEURS

Objectif : Indiquer les sentiments (valorisation ou renoncement) du résident à l'égard de ses rôles ou de son statut antérieurs, maintenant que la personne vit dans un établissement de soins.

Définitions : **a. Forte identification à ses rôles et à son statut antérieurs.**
Cela signifie par exemple que le résident aime bien raconter des anecdotes de sa vie passée, qu'il est fier de ce qu'il a réalisé par le passé ou dans sa vie de famille, qu'il continue à être attaché à son style de vie antérieur (par exemple, célébration des fêtes de famille, maintien des traditions).

b. Exprime de la tristesse, de la colère, un sentiment de vide par rapport à la perte d'un rôle ou d'un statut antérieur.
Le résident exprime des sentiments tels que : « Je ne suis plus la personne que j'étais » ou « J'aurais aimé être une meilleure mère pour mes enfants » ou « Ça ne sert à rien, je ne suis plus capable de faire ce que j'aimais bien faire avant ». Le résident pleure en évoquant son passé.

c. Trouve que ses occupations journalières sont très différentes de ses habitudes antérieures (à domicile).
En général, le résident perçoit le mode de vie quotidien dans l'établissement comme différent de son style de vie antérieur.

EXEMPLES

Rôles antérieurs

- Dans l'établissement, la résidente prend deux douches le matin par semaine, alors qu'à son domicile elle prenait un bain quotidien avant de se coucher.
- Maintenant, le résident va se coucher à 19 heures, alors qu'à la maison il restait debout pour regarder le journal télévisé de 23 heures.
- À son domicile, Mme D. prenait plaisir à de nombreuses conversations téléphoniques avec ses cinq filles. Dans l'établissement, il n'y a qu'un seul poste de téléphone public qui semble être constamment occupé par les résidents ou le personnel. Maintenant, Mme D. ne parle plus à chacune de ses filles qu'une fois par semaine.

Procédure : Parlez avec le résident de sa vie passée avant son admission dans l'établissement. Il est souvent utile de chercher dans son environnement des prétextes à discussion (par exemple, des photos de famille, des lettres ou des bricolages de ses petits-enfants). Ces informations peuvent apparaître lors de discussions à propos d'autres rubriques du MDS par exemple, les habitudes de vie, les occupations, les AVQ). Le personnel proche et les visiteurs familiers peuvent aussi avoir un avis sur la question.

Codage : Cochez un item s'il s'applique au cours des 7 derniers jours. S'il n'y en a aucun, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

Section G.

Problèmes physiques et fonctionnels

La plupart des résidents des établissements d'hébergement et de soins de longue durée présentent des risques de déclin physique. La plupart souffrent aussi de maladies chroniques et sont soumis à une variété d'autres facteurs qui peuvent réagir fortement sur leur indépendance. Par exemple, les déficits cognitifs peuvent limiter la capacité ou la volonté d'entreprendre ou de participer à ses soins personnels ou gêner la compréhension des tâches nécessaires pour accomplir les AVQ. Un large éventail de maladies physiques ou neurologiques peuvent avoir une influence défavorable sur des facteurs physiques importants pour les soins personnels, tels que l'endurance, le tonus musculaire, l'équilibre ou la résistance osseuse. Les effets secondaires des traitements médicamenteux et autres traitements peuvent aussi contribuer à une perte évitable d'indépendance.

En raison de ces nombreuses possibilités d'influences négatives, les potentialités d'un résident pour un fonctionnement optimal sont souvent largement sous-estimées par sa famille, le personnel et par le résident lui-même. Par conséquent, la grande majorité des résidents sont candidats à des soins de réadaptation centrés sur le maintien et l'élargissement de la participation personnelle aux AVQ. Les plans de soins individualisés ne peuvent réussir que si, auparavant, on a évalué avec précision les performances du résident, ainsi que la quantité et le type d'aide qui lui est prodiguée.

Colonne A : performance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)

Objectif : Déterminer le degré d'indépendance du résident pour les actes de la vie quotidienne (c'est-à-dire ce que le résident a réellement fait et/ou combien les membres de l'équipe lui ont apporté d'aide physique ou verbale) durant les 7 derniers jours.

Définitions : **Performance pour les AVQ.** Mesure de ce que le résident a effectivement accompli (non de ce qu'il serait capable de faire) pour chacun des types d'AVQ au cours des 7 derniers jours, selon l'échelle **(A) AVQ : performance**.

a. Mobilité dans le lit.
Comment le résident se redresse ou s'étend, se retourne et change de position quand il est au lit.

b. Transfert.
Comment le résident se déplace d'une surface d'appui à une autre, c'est-à-dire du lit à une chaise, à un fauteuil roulant… et *vice-versa*, se met debout. Cette définition exclut les déplacements de ou/vers la baignoire ou les toilettes, qui sont couverts par les rubriques « Bain » et « WC ».

c. Marche dans la chambre.
Comment le résident **marche** d'un point à un autre dans sa chambre. (*NdT :* il ne s'agit pas ici du déplacement en lui-même qui est noté séparément en **e.**)

d. Marche dans le couloir.
Comment le résident **marche** dans le couloir de l'unité. (*NdT :* il ne s'agit pas ici du déplacement en lui-même qui est noté séparément en **e.**)

e. Déplacements dans l'unité.
Comment le résident **se déplace** d'un point à un autre dans sa chambre et les couloirs environnants sur le même étage. Si le résident utilise un fauteuil roulant, on considère son indépendance, une fois qu'il est installé dans le fauteuil roulant.

f. Déplacements hors de l'unité.
Comment le résident se rend ou revient de lieux hors de l'unité (zones séparées pour les repas, les activités, les traitements…). Si l'établissement n'a qu'un étage, un **déplacement**

hors de l'unité est défini par l'aller et le retour d'un lieu éloigné sur le même étage. Si le résident utilise un fauteuil roulant, on considère son indépendance une fois qu'il est installé dans le fauteuil roulant.

Remarquez que les items **c.** et **d.** portent sur la marche au sens strict, tandis que les items **e.** et **f.** portent sur le déplacement en général, éventuellement en fauteuil roulant.

g. Habillement.
Comment le résident s'habille et se déshabille complètement (en habits de ville), y compris mettre ou enlever une prothèse.

h. Alimentation.
Comment le résident mange et boit, sans tenir compte de sa dextérité. Ceci inclut la prise de nourriture par tous moyens (sonde gastrique, nutrition parentérale complète…).

i. Utilisation des toilettes (WC).
Comment le résident utilise WC, chaise percée, bassin ou urinal, se déplace vers et depuis les toilettes, se nettoie, change ses protections, prend soin de sa poche de stomie ou de sa sonde et réajuste ses vêtements.

j. Hygiène personnelle.
Comment le résident maintient son hygiène personnelle, y compris se peigner, se brosser les dents, se raser, se maquiller, se laver et sécher le visage, les mains et la région périnéale. Cet item ne comprend pas le maintien de l'hygiène personnelle au moyen du bain et de la douche qui est couvert par l'item **G2** « Bain/douche ».

G2. Bain/douche.
Comment le résident prend un bain ou une douche complète, fait une toilette complète au lavabo, entre et sort de la baignoire ou de la douche. Ne comprend pas le lavage du dos et des cheveux. Voir p. 102 pour de plus amples explications.

Procédure : Afin d'être en mesure de promouvoir le niveau de fonctionnement le plus élevé possible pour le résident, l'équipe soignante doit tout d'abord identifier ce qu'il fait réellement par lui-même, en notant à quel moment il reçoit de l'aide et en clarifiant le type d'aide qu'il reçoit (incitation verbale, soutien physique, etc.).

Les performances d'un résident pour les AVQ peuvent varier d'un jour à l'autre, d'une équipe à l'autre ou au cours de la durée de travail d'une même équipe. Il existe beaucoup de motifs possibles à ces variations : état de l'humeur, état de santé, problèmes de relations (par exemple, accepte de faire quelque chose pour une aide-soignante qu'il/elle aime bien) et actions des médicaments. Il est donc de la responsabilité de la personne qui réalise l'évaluation de dresser un tableau complet des performances du résident dans les AVQ sur les 24 heures, pendant une période de 7 jours, c'est-à-dire de prendre en compte non seulement la façon dont l'évaluateur voit le résident, mais aussi comment celui-ci agit avec les autres équipes.

Pour cela, il est nécessaire de rassembler l'information à partir de multiples sources, c'est-à-dire d'interroger et de discuter avec le résident et les membres du personnel de toutes les équipes à son contact direct, sans oublier ceux du samedi et du dimanche, et de se reporter aux documents de transmission entre les différentes équipes de la journée. Posez des questions en rapport avec tous les aspects des définitions des AVQ. Par exemple, quand vous discutez de la « Mobilité dans le lit » avec une aide-soignante, assurez-vous de vous renseigner précisément sur la façon dont le résident se couche ou se redresse, comment il se retourne et comment il s'installe une fois dans son lit. Un résident peut être indépendant pour l'un des aspects de la « Mobilité dans le lit » et, pourtant, peut demander une aide importante sur un autre aspect. Puisqu'un codage précis est important comme base de décision sur le type et la quantité de soin et d'aide à fournir, assurez-vous que vous prenez bien en compte la définition exacte de chaque activité.

Les termes utilisés pour chaque possibilité de codage doivent correspondre à des situations réelles dans les établissements de soins où de légères variations sont habituelles. En présence de telles variations, le codage garantit que le résident n'est pas classé dans une catégorie trop indépendante ou trop dépendante. Par exemple, les codes **0, 1, 2 et 3** (« Indépendant », « Supervision », « Assistance partielle », « Assistance importante ») permettent d'inclure une ou deux situations exceptionnelles où des soins plus importants sont prodigués. Ceci est utile aux soignants et augmente les chances de remplir consciencieusement et précisément les items de performance pour les AVQ.

Puisque cette section comporte une évaluation en deux parties — item G1(A) « Performance pour les AVQ » et item G1(B) « Aide donnée pour les AVQ » — chacune utilisant sa propre échelle, il vous est recommandé *d'évaluer d'abord les performances* pour toutes les AVQ avant de commencer l'évaluation de l'aide apportée. Afin d'évaluer la performance pour les AVQ du résident, commencez par revoir l'information contenue dans son dossier clinique. Parlez avec les soignants de chaque équipe pour vous assurer de ce que le résident fait par lui-même pour chaque AVQ tout autant que du type et du niveau d'aide apportée par le personnel. Comme il a été dit plus haut, soyez attentif aux différences dans les performances du résident selon les équipes se succédant dans les 24 heures et utilisez le code qui rend compte de ces différences. Par exemple, un résident peut être indépendant pour l'utilisation des toilettes pendant la journée mais recevoir une assistance physique légère chaque soir. Dans ce cas, on utilisera le code **2 (assistance partielle) pour l'utilisation des WC**.

L'encadré suivant fournit des recommandations générales pour enregistrer des évaluations précises de la performance et de l'aide fournie pour les AVQ.

RECOMMANDATIONS POUR ÉVALUER LA PERFORMANCE ET L'AIDE APPORTÉE POUR LES AVQ

Les échelles des items G1A et G1B sont utilisées pour enregistrer le niveau réel de participation du résident à ses soins personnels et le type, ainsi que la quantité d'aide effectivement reçue au cours des 7 derniers jours.

Ne notez pas ici votre évaluation de la capacité du résident à participer à ses soins personnels, c'est-à-dire *ce que vous pensez qu'il pourrait être capable de faire* en vous fondant sur les compétences ou les capacités physiques que vous lui attribuez. Une évaluation des capacités potentielles se trouve à l'item G8 (Potentiel de réadaptation fonctionnelle aux AVQ).

Ne notez pas le type et le niveau d'aide que le résident « devrait » recevoir selon le plan de soins rédigé. Le type et le niveau d'aide effectivement reçus peuvent être assez différents de ce qui est indiqué dans le plan. Enregistrez ce qui a réellement eu lieu.

Discutez des performances du résident en ce qui concerne les AVQ avec les soignants proches de toutes les équipes qui se sont occupé de lui au cours des 7 derniers jours. Rappelez au personnel de se concentrer sur les 7 derniers jours seulement. Pour clarifier votre propre compréhension et vos observations à propos des performances fonctionnelles du résident pour chacune des AVQ (mobilité dans le lit, déplacement, transfert, etc.), approfondissez les questions, en allant du plus général au plus spécifique.

EXEMPLE

- Voici un exemple type de conversation entre la coordinatrice de l'évaluation (C) et l'aide-soignante (AS) à propos de la « Mobilité dans le lit » d'un résident :

  C : « Décrivez-moi comment Mme L. change de position dans son lit. Je veux dire : comment une fois qu'elle est dans son lit, elle passe de la position assise à la position couchée et inversement, et comment elle se retourne et s'installe. »

  AS : « Elle peut s'étendre et s'asseoir seule, mais je l'aide à se tourner sur le côté. »

  C : « Elle s'étend et s'assoit sans aucune instruction verbale ni aide physique ? »

  AS : « Non, je dois lui rappeler chaque fois d'utiliser la potence (trapèze). Mais une fois que je lui ai dit comment faire, elle peut le faire elle-même. »

  C : « Comment l'aidez-vous à se retourner sur le côté ? »

  AS : « Elle peut s'aider pour se retourner en s'agrippant à la barrière du lit. Je lui dis ce qu'il faut faire. Mais elle a besoin que je lui soulève le bassin et dirige ses jambes dans la bonne position. »

  C : « La soulevez-vous seule ou quelqu'un vous aide-t-il ? »

  AS : « Je le fais seule. »

  C : « Combien de fois durant la dernière semaine l'avez-vous aidée ainsi ? »

  AS : « Tous les jours. »

Sous réserve que la « Mobilité dans le lit » soit la même pour toutes les équipes sur les 24 heures, Mme L. recevra le code **3** pour la performance (assistance importante) et le code **2** pour l'aide apportée (aide physique d'une personne).

Maintenant, revoyez les deux premiers échanges de la conversation entre la coordinatrice de l'évaluation et l'aide-soignante. Si l'évaluatrice n'était pas allée plus loin, elle n'aurait pas obtenu suffisamment d'informations ni pour réaliser une évaluation précise des capacités du résident ou de la charge de travail réelle de l'aide-soignante, ni pour déterminer si le plan de soins en cours était bien observé.

Codage : Pour chaque catégorie d'AVQ, codez la réponse appropriée, celle qui correspond à la performance réelle du résident durant les 7 derniers jours. Notez le code dans la colonne intitulée (**A**) (performance). Tenez compte des performances du résident selon toutes les équipes pendant les 24 heures, car elles peuvent varier dans la journée**.** Les pages suivantes présentent deux types d'instructions supplémentaires qui vous aideront à apprendre à utiliser ces codes : un tableau schématique pour coder les performances pour les AVQ (p. 94) et une série de cas exemples pour chaque AVQ (p. 96-102).

0. Indépendant.
Ni aide, ni surveillance de l'équipe OU aide ou surveillance apportée seulement une fois ou deux durant les 7 derniers jours.

1. Supervision.
Surveillance, indications ou encouragements donnés 3 fois ou plus durant les 7 derniers jours OU supervision (3 fois ou plus) et assistance physique prodiguées une ou deux fois durant les 7 derniers jours.

2. Assistance partielle.
Le résident, participant beaucoup à l'activité, a reçu une aide physique pour la mobilisation de ses membres (bras ou jambe) ou autre aide légère 3 fois ou plus OU une aide limitée 3 fois ou plus durant les 7 derniers jours.

3. Assistance importante.
Bien que le résident ait accompli une partie de l'activité durant les 7 derniers jours, l'aide suivante a été apportée 3 fois ou plus :
- aide nécessitant de la force prodiguée trois fois ou plus (situation rencontrée par exemple lorsque le résident est passif) ;
- activité effectuée par le personnel à la place du résident (3 fois ou plus) pendant une partie seulement des 7 derniers jours.

4. Assistance totale.
Le personnel exécute en permanence l'activité durant toute la période de 7 jours. Absence complète de participation du résident à tous les aspects des AVQ telles qu'elles sont définies. Par exemple, pour qu'un résident soit codé comme ayant reçu une « Assistance totale » pour l'alimentation, il doit être nourri pour tous les aliments solides ou liquides à tous les repas et collations (y compris l'alimentation par sonde complètement effectuée par le personnel) et ne jamais entreprendre d'actions partielles (comme prendre de la nourriture avec les doigts, se nourrir lui-même par sa sonde ou aider à la procédure) à aucun des repas.

8. L'activité n'a pas été accomplie durant la période complète des 7 derniers jours.
Durant les 7 derniers jours, l'activité n'a été accomplie ni par le résident, ni par le personnel. Autrement dit, cette activité n'a pas été accomplie du tout. Par exemple, la définition de l'item « Habillement » spécifie qu'il s'agit d'habits de ville. Si pendant la période des 7 derniers jours, le résident n'a pas porté d'habits de ville[1], le code **8** devra être utilisé (l'activité n'a pas été accomplie durant la période complète des 7 derniers jours). De même, un résident qui a été confiné au lit sur toute la période des 7 jours précédents et n'a jamais quitté son lit devra recevoir le code **8** pour l'item « Transfert ».

Cependant, ne confondez pas le cas d'un résident totalement dépendant pour une AVQ (code **4** « Assistance totale ») avec celui où l'activité elle-même n'a pas été accomplie. Par exemple, même un résident qui est nourri par sonde et ne reçoit aucune nourriture ou boisson par la bouche « mange » (il est alimenté) ; il doit être évalué pour l'item « Alimentation » en fonction du niveau d'aide qu'il reçoit pour cette fonction. Un résident qui participe grandement à se nourrir lui-même au moyen de cette sonde n'est pas totalement dépendant et ne doit pas être codé **4**.

Chacun des codes pour la performance en ce qui concerne les AVQ est *exclusif* ; il n'y a pas de recouvrement entre les niveaux. Passer d'un niveau de performance à un autre suppose une augmentation ou une diminution du nombre de fois où l'aide a été apportée. Donc, pour passer de « Indépendant » à « Supervision » ou à « Assistance partielle », il faut que la supervision avec aide physique légère ou l'aide physique passe d'1 à 2 fois au cours des 7 derniers jours, jusqu'à 3 fois ou plus.

Il y aura des périodes où aucun des types ou des niveaux d'aide n'aura été apporté au résident 3 fois ou plus au cours de la période de 7 jours. Cependant, si l'on fait la somme totale des soutiens de différents types, il lui aura été prodigué de l'aide 3 fois ou plus (consultez l'exemple suivant pour être sûr d'avoir bien compris). Dans ce cas, codez selon la catégorie de performance correspondant au type d'aide le plus léger reçu par le résident (autrement dit, la catégorie de dépendance la plus faible).

1. *NdT :* pour une personne qui reste dans son lit la plupart du temps mais qui, pendant la journée enlève sa chemise de nuit pour mettre un grand tee-shirt plus « habillé », on utilisera le code **8** car il s'agit d'un habillement simplifié qui ne requiert pas la dextérité que mettre un « habit de ville » implique.

EXEMPLES

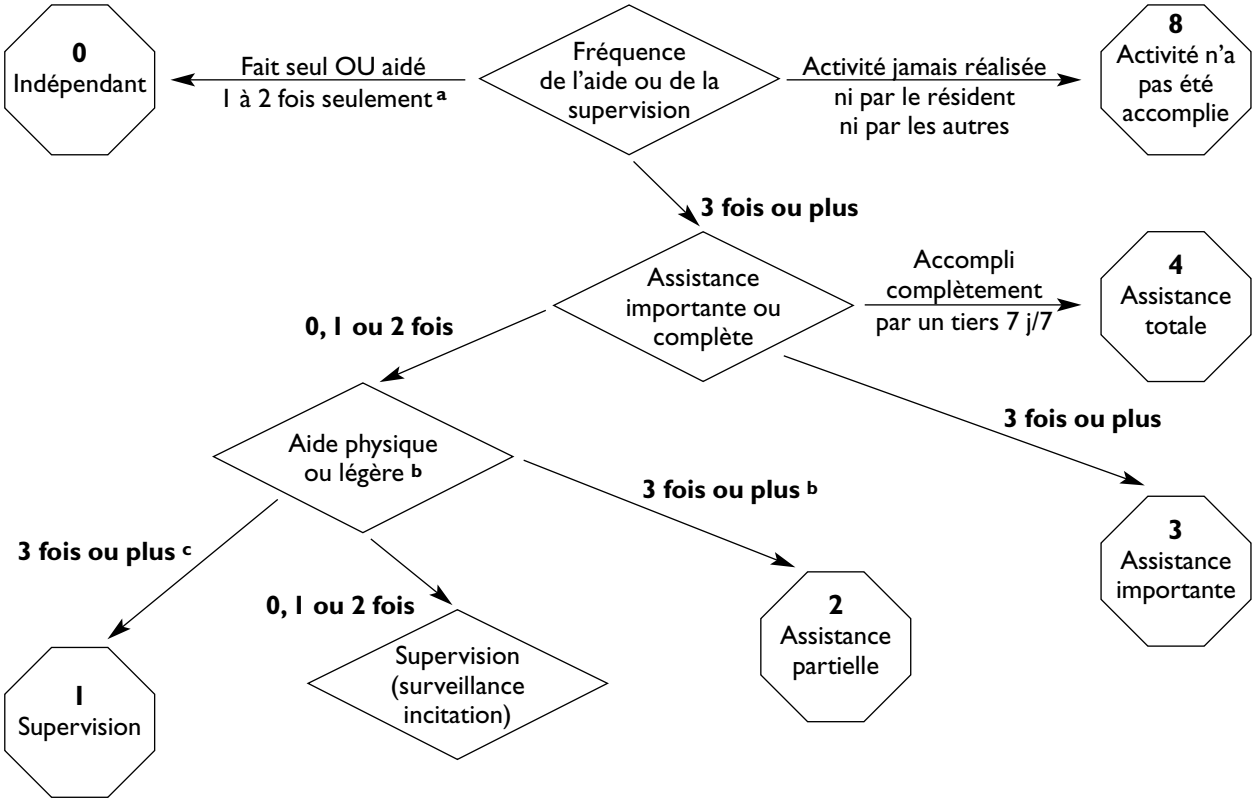
Codage de la performance dans les AVQ

- Le résident a reçu de la supervision (surveillance, incitation) pour marcher dans le couloir en deux occasions et une assistance légère en deux occasions. Codez **1** pour « Supervision » à **d.** « Marche dans le couloir ».

Explication : « Supervision » correspond à la catégorie de dépendance moindre.

- Pendant les 7 derniers jours, le résident a reçu 1 fois de la supervision pour s'habiller, une aide légère (pour mettre son chapeau sur sa tête) en 2 occasions et une aide physique importante (soulever son bras pour mettre une manche) 1 fois. Codez **2** pour « Assistance partielle » pour « Habillement ».

Explication : il y a eu 3 épisodes d'aide physique durant les 7 derniers jours (2 d'aide légère et 1 d'aide physique importante). Le code « Assistance partielle » est correct car il représente la catégorie de soutien de moindre dépendance qui cerne les 3 activités ou davantage ayant demandé au moins ce niveau d'aide.



a. Peut inclure 1 ou 2 événements où le résident a reçu une supervision, une aide physique légère ou importante.

b. Peut inclure 1 ou 2 épisodes où le résident a reçu une aide physique importante. Par exemple, pour 2 événements avec une aide physique légère + 2 autres avec une aide importante, on codera **2**.

c. Peut inclure 1 ou 2 épisodes où le résident a reçu une aide physique. Par exemple, dans le cas où le résident a reçu 2 fois une supervision, 1 fois avec une aide physique importante et 1 autre fois avec une aide physique légère, on codera **1**.

SCHÉMA 2 : Échelle de performance pour les AVQ

Colonne B : Aide donnée pour les AVQ

Objectif : Noter le type et le plus haut niveau de l'aide apportée au résident pour chacune des AVQ au cours des 7 derniers jours.

Définitions : • **Aide donnée pour AVQ.**
Mesure le niveau le plus élevé de soutien que le personnel a prodigué au cours des 7 derniers jours, même si ce niveau de soutien n'a été atteint qu'une fois. *On utilise une échelle différente, totalement distincte de l'évaluation de la performance.*

• **Préparation.**
Ce type d'aide correspond à la préparation ou à la mise à la disposition du résident des objets ou instruments nécessaires pour augmenter la performance du résident dans une activité. Ceci peut inclure de donner ou présenter un objet que le résident prend.

EXEMPLES

Aide pour la préparation

- **Pour la mobilité dans le lit :** mettre la barre ou la potence (trapèze) dans la main du résident.
- **Pour le transfert :** donner au résident une planche ou verrouiller les roues de son fauteuil roulant pour assurer la sécurité du transfert.
- **Pour le déplacement :**
  – *Marche :* présenter au résident un cadre de marche (Ca : marchette) ou une canne.
  – *Fauteuil roulant :* enlever le frein du fauteuil ou ajuster les pédales pour faciliter les mouvements des pieds en roulant.
- **Pour l'habillement :** sortir les vêtements de l'armoire et les poser sur le lit du résident ; lui présenter sa chemise.
- **Pour l'alimentation :** couper la viande et ouvrir les récipients lors des repas ; donner les plats les uns après les autres.
- **Pour l'utilisation des toilettes :** présenter au résident un bassin ou placer à sa portée les objets nécessaires pour changer sa poche.
- **Pour l'hygiène personnelle :** préparer la cuvette et les affaires de toilette.
- **Pour le bain :** placer les accessoires près de la baignoire à portée du résident ; lui présenter une serviette à la fin de son bain.

Procédure : Pour chaque catégorie d'AVQ, codez la quantité maximum d'aide que le résident a reçu au cours des 7 derniers jours, sans tenir compte de la fréquence, et notez ce code dans la colonne (**B)** (« Aide donnée »). Assurez-vous que votre évaluation prend en compte toutes les équipes, sur les 24 heures, y compris le week-end. Codez indépendamment de l'évaluation de la performance du résident. Par exemple, un résident pourrait avoir été codé « Indépendant » pour « Transfert », mais avoir reçu l'aide d'une personne une ou deux fois au cours des 7 derniers jours. Donc, la performance pour les AVQ en ce qui concerne le « Transfert » sera codée **0** (« Indépendant ») et l'aide donnée, **2** (« Aide physique d'une personne »).

Codage : *Note :* le code le plus élevé d'aide physique dans cette catégorie (autre que le code **8**) est **3** et non **4** comme pour la performance.

0. Pas de préparation ni d'aide physique du personnel.

1. Aide uniquement pour la préparation de l'activité.
Le personnel prépare ce dont le résident a besoin — matériel, aide technique (F), moyens auxiliaires (CH) — pour accomplir l'activité tout seul.

2. Aide physique d'une personne.

3. Aide physique de deux personnes ou plus.

8. L'activité n'a pas été accomplie durant les 7 derniers jours.
Quand un code **8** est noté pour une catégorie d'aide apportée pour les AVQ, on doit également trouver le code **8** pour la performance dans la même catégorie. Par exemple**,** si un résident n'a jamais quitté l'unité pendant la période d'évaluation, codez **8** l'item « Déplacement hors de l'unité ». L'activité ne s'est pas produite, il n'y a pas eu d'aide fournie.

Les exemples suivants visent à vous aider à clarifier le codage de la performance et de l'aide donnée. Les réponses apparaissent à la droite de la description du résident. Masquez les réponses, lisez l'exemple et notez votre codage, puis comparez vos réponses avec celles qui sont indiquées.

EXEMPLES

AVQ, performance et aide donnée : *« Mobilité au lit »*	**(A)**	**(B)**
	Performance	**Aide donnée**
● Le résident est physiquement capable de se mouvoir dans le lit, mais il a tendance à préférer rester sur le côté gauche. Il a besoin de rappels fréquents et de surveillance pour changer de position une fois au lit.	**1**	**0**
● Le résident a reçu de l'aide et des conseils pour l'utilisation de la potence (trapèze) pour se mouvoir dans le lit. Par deux fois, lorsque ses bras étaient fatigués, il a dû recevoir une aide plus importante de deux personnes.	**1**	**3**
● Le résident se déplace habituellement seul dans son lit. Cependant, comme il dort avec la tête de son lit surélevée à 30°, il lui arrive de glisser vers le pied du lit. Par deux fois, l'aide-soignante de nuit l'a aidé à se réinstaller en lui fournissant une aide physique importante pendant qu'il s'aidait en pliant les genoux et poussant sur le pied du lit.	**3**	**2**
● Pour se retourner, le résident commence toujours par saisir la barrière pour s'aider. Il reçoit l'aide physique d'une personne pour placer ses jambes en bonne position et finir de se tourner en le guidant avec un drap (avec une assistance physique importante).	**3**	**2**
● Le résident se tourne du côté gauche sans aide chaque fois qu'il le désire. En raison d'une faiblesse du côté gauche, il reçoit une aide physique importante de 1 ou 2 personnes pour se tourner du côté droit ou s'asseoir dans son lit.	**3**	**3**
● À cause de déformations graves et douloureuses des articulations, le résident dépend complètement de deux personnes pour se mouvoir dans le lit. Bien qu'incapable de contribuer physiquement à un bon positionnement, il est capable d'indiquer au personnel dans quelle position il aimerait être et comment il se sent à l'aise.	**4**	**3**

EXEMPLES

AVQ, performance et aide donnée : *« Transfert »*	**(A)**	**(B)**
	Performance	**Aide donnée**
● Malgré l'amputation des deux jambes au-dessus du genou, le résident se déplace toujours seul du lit à sa chaise roulante et vice versa à l'aide d'une planche qu'il reprend seul de dessus sa table de nuit. Une fois, pendant la semaine passée, le personnel lui a rappelé de reprendre sa planche. Une autre fois, il a été soulevé de son fauteuil et remis dans son lit par un membre du personnel.	**0**	**2**
● Le résident est physiquement indépendant pour tous les transferts. Cependant, il ne veut jamais se lever le matin tant que l'aide-soignante n'a pas remis en place ses couvertures et enlevé la demi-barrière (ridelle) de son lit.	**0**	**1**
● Une fois que quelqu'un a correctement placé le fauteuil roulant et verrouillé les roues, le résident entre et sort de son lit sans aide.	**0**	**1**
● Le résident se lève et s'assied dans son fauteuil seul, mais doit recevoir une légère assistance d'une personne pour se coucher et se lever sans danger.	**2**	**2**
● L'aptitude du résident au transfert se modifie tout au long de la journée. Parfois, il ne reçoit aucune aide et parfois une aide importante d'une personne.	**3**	**2**

EXEMPLES

AVQ, performance et aide donnée : *« Marche dans la chambre »*	**(A)**	**(B)**
	Performance	**Aide donnée**
● Le résident marche dans sa chambre en s'appuyant sur les meubles pour se soutenir.	**0**	**0**
● Le résident se déplace sans aide pendant la journée et reçoit une aide légère d'une personne pour aller des toilettes à sa chambre la nuit.	**2**	**2**
● Le résident reçoit une aide légère d'une personne pour tout déplacement dans sa chambre.	**2**	**2**
● Le résident ne marche pas mais se déplace sans aide en fauteuil roulant dans sa chambre.	**8**	**8**

EXEMPLES

AVQ, performance et aide donnée : *« Marche dans le couloir »*	**(A)**	**(B)**
	Performance	**Aide donnée**
● Une résidente timorée et craintive est habituellement indépendante pour marcher. Pendant la semaine passée, elle était très anxieuse et craignait de tomber. Par la suite, elle a été rassurée et encouragée par quelqu'un qui marchait près d'elle lorsqu'elle revenait, après les repas, de la salle à manger de l'unité vers sa chambre.	**1**	**0**
● Une résidente, qui a des pertes de mémoire, déambule sans aide dans le couloir de l'unité mais en s'aidant d'un déambulateur (can : marchette). Plusieurs fois par jour, elle l'oublie dans la salle de bain, la salle à manger, etc., ce qui oblige quelqu'un à le lui rapporter et à lui rappeler de l'utiliser pour sa sécurité.	**1**	**1**
● Le résident marche dans le couloir de l'unité en s'appuyant d'un côté sur la rampe le long du mur et en recevant des paroles d'encouragement d'une autre personne.	**1**	**0**
● Deux fois par jour, le résident parcourt 1 à 2 mètres dans le couloir avec l'aide importante d'une personne lors de chaque déplacement.	**3**	**2**
● Le résident marche dans sa chambre sur de courtes distances avec une aide très importante de 2 personnes mais se déplace de façon indépendante dans les couloirs de l'unité en fauteuil roulant.	**8**	**8**

EXEMPLES

AVQ, performance et aide donnée : *« Déplacements dans l'unité »*	**(A)**	**(B)**
	Performance	**Aide donnée**
● La résidente se déplace lentement dans l'unité en poussant un fauteuil roulant qu'elle utilise comme support, en s'arrêtant tous les 4-5 mètres pour se reposer. Elle est très attentive à sa sécurité et n'est jamais tombée. Le personnel a suffisamment confiance pour la laisser faire seule.	**0**	**0**
● Un résident ayant des antécédents de chute et une démarche instable recevait toujours un soutien physique léger d'une personne pour tout déplacement. La semaine passée, il a été trouvé par deux fois la nuit dans sa salle de bain après s'être levé seul de son lit et avoir marché sans aide.	**2**	**2**
● La résidente se déplace seule dans le service, se crée des liens sociaux et mène des activités pendant la journée. Elle aime la danse et le yoga. Parce qu'elle est craintive la nuit, elle fait appel à la personne de garde au moins deux fois par nuit pour aller aux toilettes.	**2**	**2**
● Durant la semaine écoulée, le résident a appris à marcher sur de courtes distances avec une nouvelle prothèse de la jambe et le soutien de deux personnes. Il refuse de se déplacer en chaise roulante.	**3**	**3**

EXEMPLES

AVQ, performance et aide donnée : *« Déplacements hors de l'unité »*	**(A)**	**(B)**
	Performance	**Aide donnée**
● Le résident va de façon indépendante en marchant avec une canne à la salle à manger principale (hors de l'unité) pour tous les repas et à la salle d'animation proche pour les activités sociales et de loisir. Il n'a reçu aucune supervision ou aide physique pendant la période d'évaluation.	**0**	**0**
● La résidente va de façon indépendante à la salle à manger principale, en marchant. Pour une consultation à la clinique située à l'extrémité opposée du bâtiment, elle a été poussée en fauteuil roulant par un volontaire, à l'aller comme au retour après la consultation.	**0**	**2**
● La résidente est indépendante pour se promener hors de son unité. Elle se perd et a des difficultés pour retrouver sa chambre mais éprouve du plaisir à s'arrêter pour bavarder avec les autres. Comme elle peut se perdre, elle est toujours accompagnée par un membre du personnel pour sa promenade quotidienne dans l'établissement.	**1**	**0**
● Le résident n'a pas quitté son unité au cours des 7 derniers jours.	**8**	**8**

EXEMPLES

AVQ, performance et aide donnée : *« Habillage »*	**(A)**	**(B)**
	Performance	**Aide donnée**
● La résidente s'habille généralement seule. Après une crise d'épilepsie, elle a reçu une fois au cours de la semaine une aide totale de plusieurs membres de l'équipe.	**0**	**3**
● La résidente est complètement indépendante pour s'habiller excepté pour mettre et enlever ses bas de contention (bas anti-emboliques). Une aide-soignante les lui met chaque matin et les enlève à l'heure du coucher.	**3**	**2**
● L'aide-soignante procure chaque matin au résident une aide physique importante pour s'habiller. Au coucher, comme le résident se sent mieux (ses articulations sont plus souples), il n'a besoin d'aide que pour défaire ses boutons et enlever ou enfiler ses manches.	**3**	**2**
● Un résident pesant 160 kg reçoit l'aide complète de deux personnes pour s'habiller. Il ne participe pas en levant le bras pour enfiler une manche, en levant une jambe lorsqu'on lui met ses souliers, etc.	**4**	**3**

EXEMPLES

AVQ, performance et aide donnée : *« Alimentation »*	(A) Performance	(B) Aide donnée
• La résidente se lève chaque jour après 9 heures. Elle préfère sauter le petit déjeuner et prendre un fruit frais plus tard dans la matinée. Elle prend les repas de midi et du soir dans la salle à manger de l'établissement.	**0**	**0**
• Le résident qui est soumis depuis longtemps à une alimentation parentérale par gastrostomie est complètement indépendant pour son utilisation et même pour la prise de médicaments, une fois que le personnel l'a installé.	**0**	**1**
• Le résident avec des antécédents de dysphagie et de fausse-route (Ca : aspiration) mange par lui-même dans la mesure où un membre du personnel est assis près de lui durant chaque repas (prêt à intervenir en cas de nécessité).	**1**	**0**
• Le résident est aveugle et désorienté. Il mange seul lorsque le personnel l'a aidé à repérer ce qu'il y a sur son plateau, lui a décrit les aliments et donné les instructions pour manger.	**1**	**1**
• Le résident atteint de démence mange seul lorsqu'on lui présente les plats séparément et qu'on le surveille pour assurer une consommation suffisante de chacun.	**1**	**1**
• Le résident mange les aliments solides tout seul à tous les repas et collations. Après une préparation adéquate, il prend lui-même, sous supervision, tous les liquides et médicaments par sa sonde gastrique.	**1**	**1**
• Le résident qui a des difficultés à commencer une activité, mange toujours par lui-même lorsqu'on a guidé sa main pour les premières bouchées et qu'ensuite on l'encourage à continuer.	**3**	**2**
• Le résident affligé de légers tremblements se nourrit lui-même lorsqu'il s'agit d'aliments qu'il peut prendre avec les doigts (sandwiches, tranches de fruits ou de légumes crus, biscuits) mais reçoit toujours de la supervision et une aide physique complète pour les liquides et les aliments nécessitant l'usage d'ustensiles.	**3**	**2**
• La résidente mange seule sous la surveillance du personnel le matin et à midi. Mais plus tard dans la journée, elle est fatiguée. Le soir, une aide-soignante la fait manger complètement.	**3**	**2**
• La résidente en cours de sevrage d'alimentation par sonde gastrique continue à recevoir des soins complets pour alimentation par sonde deux fois par jour. Elle mange en plus de petites quantités de nourriture par la bouche, sous la surveillance du personnel.	**3**	**2**
• Le résident est complètement nourri par jéjunostomie par une infirmière.	**4**	**2**

EXEMPLES

AVQ, performance et aide donnée : *« Utilisation des toilettes (WC) »*	**(A)**	**(B)**
	Performance	**Aide donnée**
• Le résident utilise les toilettes de manière indépendante lorsqu'il est en chaise roulante et utilise un vase de nuit lorsqu'on le lui prépare sur la table de nuit.	**0**	**1**
• Dans les toilettes, le résident est indépendant. Par mesure de sécurité, l'aide-soignante reste près de la porte, à l'extérieur, vérifiant périodiquement que tout va bien.	**1**	**0**
• La résidente utilise les WC sans aide, mais, après, elle demande une aide physique mineure pour l'hygiène et la remise en ordre de ses vêtements. Elle a reçu ce type d'aide 2 fois durant la dernière semaine.	**0**	**2**
• Lorsqu'elle est réveillée, la résidente va aux toilettes toutes les deux heures avec l'aide minime d'une personne (appelle pour demander de l'aide pour aller aux toilettes et en revenir, se sécher les mains, fermer son pantalon). Par contre, elle a besoin chaque nuit plusieurs fois de l'aide d'une personne à l'occasion d'épisodes d'incontinence.	**3**	**2**
• La résidente reçoit une aide importante de deux personnes pour le transfert aux toilettes. Elle est capable de se soulever partiellement et n'a besoin que de la surveillance d'une personne pour les questions d'hygiène (pour lui donner le papier ou des protections).	**3**	**3**
• Pour une résidente qui est obèse et sévèrement handicapée physiquement et psychiquement, on a installé un élévateur pour tous les transferts de/vers son lit. Il est impossible de la conduire aux toilettes et elle est incontinente. Elle est changée complètement au moins toutes les 2 heures par 2 personnes.	**4**	**3**

EXEMPLES

AVQ, performance et aide donnée : *« Hygiène personnelle »*	**(A)**	**(B)**
	Performance	**Aide donnée**
• Un nouveau résident en période d'adaptation à la vie en établissement veut dormir tout habillé (en cas d'incendie). Il conserve les mêmes vêtements pendant 2 à 3 jours. Il se lave seul le visage et les mains et n'accepte aucune aide pour des activités d'hygiène.	**0**	**0**
• Une fois les affaires de toilettes préparées et disposées par le personnel, le résident assure comme il le faut son hygiène personnelle si quelqu'un lui donne des directives pour chaque tâche.	**1**	**1**
• La résidente est capable d'assurer son hygiène personnelle mais n'est pas motivée pour le faire. Elle reçoit chaque jour stimulation et encouragement du personnel. Une fois qu'elle a commencé, elle peut être laissée seule et mener à bien l'ensemble de sa toilette.	**1**	**0**
• Le résident se rase avec un rasoir électrique, se lave le visage et les mains, se brosse les dents et se peigne. Comme il a perdu la vue, le personnel se tient prêt à lui passer les objets de toilette et à les remettre à leur place.	**1**	**1**
• Le résident fait toutes les tâches de l'hygiène personnelle, sauf le rasage. Le coiffeur de l'établissement vient dans l'unité trois fois par semaine pour raser son épaisse barbe.	**3**	**2**
• La résidente a besoin d'une aide complète quotidienne pour peigner ses longs cheveux et en faire un chignon. À part ça, elle est indépendante pour la toilette.	**3**	**2**

2. BAIN/DOUCHE

La série de codes de performance à utiliser uniquement pour l'évaluation du bain est décrite ci-dessous. En effet, le bain (comme la douche) est la seule AVQ pour laquelle les codes de **performance** pour les AVQ de l'item **G1A** ne conviennent pas, en raison de la fréquence habituelle avec laquelle cette activité est effectuée au cours d'une semaine. Si l'on admet qu'en moyenne, on prend un ou deux bains (douches) par semaine, l'application du codage de la performance utilisé pour les autres items AVQ, qui autorise une ou deux exceptions pour des aides ou soins plus intenses, aboutirait à classer à tort presque tous les résidents comme « Indépendants » pour le « Bain ».

Cependant, le codage de **l'aide donnée** de l'item **G1B** continue à s'appliquer pour le « Bain ».

Objectif : Déterminer la performance du résident et l'aide qui lui est donnée pour le bain (la douche), y compris pour l'entrée et la sortie de la baignoire ou de la douche.

Définition : **Bain/douche.** Comment le résident prend un bain complet, une douche ou fait sa toilette complète au lavabo, y compris comment il entre et sort du bain ou de la douche. Cette définition ne comprend pas, cependant, le lavage du dos ou des cheveux.

Codage :

a. Performance pour le bain.
Notez la performance du résident selon les codes ci-dessous. Quand vous codez, utilisez le code qui rend compte du *maximum d'aide que le* résident *reçoit* lors de son bain. Ceci correspond à la règle inverse de celle utilisée pour les items G1a-j, à cause du risque d'accident que comporte l'activité de prendre un bain.
0. Indépendant. Aucune aide n'est fournie.
1. Supervision, surveillance seulement.
2. Aide physique limitée à l'entrée et à la sortie.
3. Aide physique partielle pour le bain.
4. Dépendance totale.
8. L'activité n'a pas été accomplie pendant les 7 derniers jours.

b. Aide donnée.
Ensuite, codez le *maximum d'aide fournie par le personnel* pour le bain en utilisant l'échelle d'« Aide donnée » pour les autres AVQ (item G1B).

EXEMPLES

AVQ, performance et aide donnée : *« Bain/douche »*	(A) Performance	(B) Aide donnée
• Le résident reçoit stimulation et encouragements (par la parole) pour prendre deux douches par semaine. Une fois qu'on l'a conduit à la salle de bain, il se douche seul avec une surveillance discrète.	**1**	**0**
• Lundi, un membre de l'équipe a aidé le résident à entrer dans la douche et lui a lavé les jambes. Jeudi, le résident a reçu de l'aide pour entrer dans la douche, mais il s'est lavé entièrement seul.	**3**	**2**
• Le résident a peur de l'élévateur. L'aide-soignante lui fait une toilette complète au lavabo deux fois par semaine. Il participe activement à cette activité.	**3**	**2**
• Pour un bain, la résidente a reçu quelques conseils pour entrer dans la baignoire. Mais à cause de son humeur changeante, pour un autre bain, elle a reçu une aide complète.	**4**	**2**
Explication : les instructions de codage indiquent de noter les situations *les plus défavorables* : niveau de dépendance élevé et maximum d'aide reçue.		

3. TEST D'ÉQUILIBRE

Les résidents qui présentent une altération de l'équilibre en station debout ou assise ont un risque élevé de chute. Il est important d'évaluer les capacités d'une personne à maintenir son équilibre, afin de mettre en place des interventions pour prévenir les blessures (par exemple, exercices d'entraînement de la force musculaire, conseils de sécurité, exercices de réadaptation pour les AVQ).

Objectif : Noter la capacité d'équilibre du résident :
a) en station debout (immobile) sans aide technique (moyens auxiliaires) ni l'aide d'une personne ;
b) assis sans s'appuyer sur le dossier ou les bras du siège.

***Procédure* :**

a. Équilibre debout

- **Préparation du test :**
  - Si vous le jugez utile, munissez-vous d'une montre mesurant les secondes pour chronométrer le test.
  - Choisissez un moment où le résident est probablement dans sa meilleure forme. S'il refuse, recherchez avec lui un meilleur moment et réessayez plus tard.
  - Placez une chaise juste derrière le résident au cas où il aurait besoin de s'asseoir.
  - Tenez-vous près de lui pendant le test afin de le rattraper ou de l'aider à reprendre son équilibre, si nécessaire.
  - Si le résident est lourd, grand ou semble fragile, demandez à un autre membre du personnel de se tenir avec vous auprès de lui au cas où il aurait besoin d'assistance.
  - Testez l'équilibre sans aide technique (F) ou moyen auxiliaire (CH) (mais avec la prothèse, si le résident en a une). Pour les résidents qui utilisent un cadre de marche (Ca : marchette), assurez-vous que celui-ci est placé juste en face de lui, à bonne portée, pour qu'il puisse l'atteindre facilement pour reprendre son équilibre.
- **Réalisation du test :**
  - FAITES chacun des tests suivants (10 secondes chacun) pour les résidents qui sont capables de se tenir debout sans aide physique.
  - N'ESSAYEZ PAS de tester des résidents qui ne tiennent pas debout tout seul. Codez ces résidents **3** (« Ne peut effectuer le test sans aide physique »).
  - Pour des personnes ayant des problèmes visuels qui pourraient ne pas vous voir leur montrer comment placer les pieds, fournissez des explications verbales très détaillées.

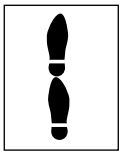
Position 1

« Je voudrais que vous vous teniez debout les pieds joints, comme ceci. » (Faites la démonstration selon la figure ci-contre.) (*Note :* pour ce test et tous les autres, les deux pieds doivent s'appuyer fermement sur le sol.) « Ne bougez pas les pieds jusqu'à ce que je dise "Stop". Vous êtes prêt ? OK, commencez. » Si le résident tient cette position pendant 10 secondes, passez au test de la position 2. **Si le résident N'EST PAS CAPABLE de tenir cette position pendant 10 secondes, arrêtez le test à ce stade.** Ne passez pas à la position 2.

Position 2

« Maintenant je voudrais que vous vous teniez debout avec la moitié d'un pied en avant de l'autre, comme ceci. » (Faites la démonstration selon la figure ci-contre.) « Vous pouvez utiliser n'importe quel pied, celui qui vous convient le mieux. Vous êtes prêt ? D'accord, commencez. » Si le résident tient cette position pendant 10 secondes, passez au test de la position 3. **Si le résident N'EN EST PAS CAPABLE, arrêtez le test à ce stade.**

Position 3



« Maintenant je voudrais que vous vous teniez debout en plaçant un pied devant l'autre, le talon de l'un touchant la pointe de l'autre, comme ceci. » (Faites la démonstration selon la figure ci-contre.) « Vous pouvez utiliser n'importe quel pied, celui qui vous convient le mieux. Vous êtes prêt ? OK, commencez. »

Codage : **0. Maintient la position demandée par le test.**
Le résident *maintient les 3 positions d'équilibre pendant 10 secondes* sans déplacer les pieds.

1. Instable mais peut rétablir son équilibre sans aide physique.
Le résident ne peut maintenir une ou plusieurs des positions pendant 10 secondes sans déplacer les pieds. Le résident est instable mais capable de rétablir son équilibre sans l'aide physique d'autrui ou une aide technique, au moins dans la première position.

2. Aide physique partielle pendant le test OU se tient debout mais ne suit pas les indications du test.
Tandis que le résident accomplit une partie de l'activité, il ne peut pas maintenir une ou plusieurs des positions d'équilibre sans aide physique d'autrui ou une aide technique (un moyen auxiliaire). Cette catégorie comprend aussi les résidents qui peuvent se tenir debout mais ne peuvent pas ou refusent de suivre vos recommandations pour réaliser le test d'équilibre.

3. Ne peut pas effectuer le test sans aide physique.
Le résident ne peut se tenir debout sans l'aide physique d'une autre personne ou une aide technique.

8. Le test n'a pas été effectué.
(*NdT :* ce code a été ajouté dans la version française et n'existe pas dans la version originale américaine.)

EXEMPLES

Test de l'équilibre

- Mme R. marche habituellement avec un déambulateur (Ca : marchette). Après avoir accompli les étapes de la préparation du test pour assurer sa sécurité (ce qui comprend de placer le déambulateur juste en face d'elle au cas où elle en aurait besoin au cours du test), vous lui expliquez brièvement ce que vous allez lui demander de faire. Vous lui en faites aussi la démonstration. Une fois Mme R. debout, commencez le test de la position 1 en lui donnant de brèves instructions et en lui montrant la position. Vous commencez le chronométrage dès que vous lui avez dit : « Vous êtes prête ? OK. Commencez ! »
  Résultats : Pendant les 10 secondes du test, Mme R. écarte ses pieds pour reprendre son équilibre.
  Que faire ? : Dites à Mme R. : « C'est un bon essai ». ARRÊTEZ le test car la position 2 serait trop difficile. Si Mme R. ne peut maintenir la position 1, il est improbable qu'elle puisse maintenir les positions 2 ou 3.
  Codage : **1** (« Instable, mais peut rétablir son équilibre sans aide physique »).

Explication : Mme R. a déplacé ses pieds hors de la position demandée mais n'a pas eu besoin de saisir son déambulateur (Ca : marchette), de se rasseoir sur la chaise qui était derrière elle ou de votre aide pendant les 10 secondes du test.

- M. C. a des troubles cognitifs, de l'audition et il est agité. Habituellement il marche de façon indépendante (il déambule) et parfois reste debout dans le poste des infirmières pour être auprès de la secrétaire de l'unité. Bien que vous sachiez qu'il peut se tenir debout, vous ne savez pas s'il est capable de garder son équilibre pendant 10 secondes dans des positions demandées. Après avoir achevé la préparation du test, vous lui donnez de rapides explications et lui montrez la position 1.
  Résultats : Pendant que vous lui parlez, M. C. devient agité, dit « Non, non » et s'en va.
  Que faire ? : ARRÊTEZ le test.
  Codage : **2** (« Aide physique partielle pendant le test OU est debout ou assis mais ne suit pas les indications pour le test »).

Explication : c'est ce que vous pouvez faire de mieux dans cette situation. Bien que Monsieur C. n'ait pas eu besoin d'aide physique pour garder son équilibre, vous ne connaissez pas vraiment sa capacité réelle à le maintenir. Tout ce que vous savez c'est qu'il peut se tenir debout, mais vous ne pouvez tester ses capacités dans ce domaine car il refuse de suivre les instructions.

- Mme M. souffre de sclérose en plaques. Elle est confinée au lit et à la chaise longue depuis 2 ans.
  Que faire ? : NE FAITES AUCUN TEST de l'équilibre debout. Mme M. ne peut pas se tenir debout.
  Codage : **3** (« Ne peut effectuer le test sans aide physique »).

b. Équilibre assis (position, contrôle du tronc)

- **Préparation du test :**
  - Si vous le jugez utile, munissez-vous d'une montre mesurant les secondes pour chronométrer le test.
  - Ne faites pas le test dans un fauteuil roulant. Trouvez une chaise avec un siège solide et ferme pour le réaliser.
  - Le siège de la chaise doit être placé assez bas pour que les pieds du résident prennent appui solidement sur le sol.
  - Il est plus sûr d'utiliser un siège avec des accoudoirs au cas où le résident aurait besoin d'un appui pendant le test.
  - Tenez-vous près du résident pendant le test afin de le rattraper ou de l'aider à reprendre son équilibre, si nécessaire.
  - Si le résident est lourd, grand ou semble fragile, demandez à un autre membre du personnel de se tenir auprès de lui avec vous, au cas où il aurait besoin d'assistance.
- **Réalisation du test :**
  - N'ESSAYEZ PAS de tester des résidents qui sont manifestement incapables de s'asseoir sans aide physique. Utilisez pour eux le code **3** (« Ne peut effectuer le test sans aide physique »).
  - Recommandez au résident de s'asseoir sur la chaise les bras croisés sur la poitrine, sans utiliser les accoudoirs ou le dossier comme support. Assurez-vous que les deux pieds du résident prennent appui à plat sur le sol. Montrez-lui la façon de faire. Observez l'équilibre pendant 10 secondes puis demandez au résident d'arrêter.

Codage :

0. Maintient la position demandée par le test.
Le résident tient assis pendant 10 secondes sans toucher le dossier ou les côtés de la chaise pour se retenir.

1. Instable mais peut rétablir son équilibre sans aide physique.
Le résident ne peut se maintenir assis en équilibre pendant 10 secondes sans toucher le dossier ou les côtés de la chaise pour se retenir. Le résident est instable mais **CAPABLE de rétablir son équilibre tout seul.**

2. Aide physique partielle pendant le test OU tient assis mais ne suit pas les indications du test.
Tandis que le résident accomplit une partie de l'activité, IL NE PEUT PAS maintenir son équilibre assis sans une aide physique d'autrui ou en s'appuyant sur le dossier ou les côtés de la chaise pour se soutenir. Ce code s'applique aussi aux résidents qui peuvent se tenir assis mais ne peuvent pas ou refusent de suivre vos recommandations pour réaliser ce test d'équilibre.

3. Ne peut pas effectuer le test sans aide physique.
Le résident ne peut se tenir assis sans l'aide physique d'une autre personne, d'une aide technique (d'un moyen auxiliaire), du dossier ou des accoudoirs pour se maintenir.

8. Le test n'a pas été effectué.

EXEMPLE

Équilibre assis

- Mme Z. passe beaucoup de temps assise dans son fauteuil roulant avec coussin spécial (avec gel) pour soulager la pression. Elle est amputée de la jambe gauche au-dessous du genou. Elle n'a pas de prothèse de jambe. Elle présente aussi une hémiplégie gauche, séquelle d'un accident vasculaire cérébral survenu un an auparavant. Préparez soigneusement le test pour le réaliser en toute sécurité, aidez Mme Z. à s'installer sur une chaise au siège ferme et demandez-lui de poser son pied fermement sur le sol. Vous lui demandez de croiser les bras sur la poitrine. Elle ne peut lever son bras gauche jusqu'à sa poitrine mais peut le maintenir sur son ventre. Vous lui demandez « Tenez-vous assise sur la chaise sans vous appuyer sur le dossier ou les accoudoirs pour vous soutenir ». Vous lui montrez comment faire, en vous asseyant sur une autre chaise. Lorsque la résidente commence, comptez 10 secondes.
  Résultats : Mme Z. a maintenu la position pendant les 10 secondes complètes sans toucher le dos ou les accoudoirs de la chaise. Le test est réussi.
  Pour finir : Dites à Mme Z. : « Vous avez fait un excellent travail. C'est tout ce que nous avions à faire. » ARRÊTEZ, le test est achevé.
  Codage : **0** (« Maintient la position »).

4. RESTRICTION FONCTIONNELLE DE L'AMPLITUDE DU MOUVEMENT

(A) Restriction de l'amplitude du mouvement

Objectif : **Limitation de l'amplitude du mouvement.** Noter la présence (**A**) d'une limitation fonctionnelle des articulations ou (**B**) d'altération du mouvement volontaire.

Définition : Limitation qui interfère avec le fonctionnement quotidien (particulièrement dans les AVQ) ou met le résident en danger de se blesser.

Procédure : **Évaluation des limitations fonctionnelles.** Ce test est un item de dépistage pour repérer le besoin d'une évaluation plus approfondie. Il n'est pas nécessaire qu'il soit effectué par un kinésithérapeute (CH : physiothérapeute). Au contraire, il peut être fait par un professionnel de n'importe quelle discipline clinique en suivant les instructions ci-dessous.

- Faites chacun des tests suivants pour tous les résidents, sauf contre-indication (telle que fracture récente ou réduction d'une luxation).
- Faites les tests des deux côtés du corps.
- Si le résident est incapable de suivre des indications verbales, montrez-lui chaque mouvement (par exemple, demandez au résident de faire ce que vous êtes en train de faire).
- Si le résident est toujours incapable de faire le mouvement après votre démonstration, faites mouvoir lentement ses articulations en l'aidant de façon active pour évaluer les limitations d'amplitude. Dans les exercices d'amplitude du mouvement actif assisté, le professionnel de santé fournit aide et indications pendant que le résident réalise une partie de l'action.
- ARRÊTEZ si le résident ressent de la douleur.

a. **Cou.**
Le résident étant assis sur une chaise, demandez-lui de tourner la tête doucement d'un côté et de l'autre, puis de se remettre de face. Demandez-lui alors d'essayer de toucher l'épaule droite avec l'oreille droite, puis l'épaule gauche avec l'oreille gauche.

b. **Bras** (épaule et coude compris).
Le résident étant assis sur une chaise, demandez-lui de toucher chaque épaule avec la main opposée. Puis, demandez-lui d'atteindre avec les deux mains l'arrière de sa tête et de la toucher avec les paumes (mimez l'action de se peigner les cheveux). Vous pouvez aussi observer le résident lorsqu'il met ou enlève un pull-over par-dessus sa tête.

c. Main (poignet et doigts compris).
Pour chaque main, demandez au résident de fermer le poing, puis d'ouvrir la main (actions utiles pour saisir les ustensiles et les lâcher).

d. Jambe (hanche et genoux compris).
Demandez au résident couché sur le dos sur un lit plat de lever la jambe (une à la fois), en pliant le genou. Le genou doit être à angle droit (90°). Puis demandez-lui de baisser lentement sa jambe et de l'étendre à plat sur le matelas.

e. Pieds (cheville et orteils compris).
Demandez au résident, couché sur le dos sur un lit, de fléchir (pousser les orteils vers la tête) et d'étendre (pousser les orteils loin de la tête) chaque pied.

f. Autre limitation ou perte.
Diminution de la mobilité de la colonne vertébrale, des mâchoires ou de toute autre articulation non listée ici.

Codage : Pour chaque partie du corps, codez la réponse appropriée pour l'amplitude de mouvement active (ou passive assistée) durant les 7 derniers jours. Notez-le code dans la **colonne (A).** Si le résident est amputé de l'un des côtés, utilisez le code **1** (« Restriction d'un côté »). Si l'amputation est bilatérale, utilisez le code **2** (« Restriction des deux côtés »).

0. Pas de restriction.

Le résident a une amplitude de mouvement complète du côté droit et du côté gauche.

1. Restriction d'un côté du corps (droit ou gauche).

2. Restriction des deux côtés du corps.

EXEMPLE

Codage pour (A) : limitation de l'amplitude de mouvement

- M. O. a été admis dans l'établissement pour réadaptation après une opération du genou droit. Sa jambe droite est plâtrée. À l'exception de cette jambe, M. O. a une complète amplitude de mouvement actif dans tous les autres domaines.

	Codage (A)
a. Cou	**0**
b. Bras	**0**
c. Main	**0**
d. Jambe	**1**
e. Pied	**0**
f. Autre	**0**

(B) Altération du mouvement volontaire

Définition : **Altération ou perte des mouvements volontaires.** Cette catégorie correspond à un éventail de limitations qui se manifestent quand un résident essaye d'accomplir une tâche. Elle comprend des déficits tels qu'incoordination, tremblements, spasmes, rigidité musculaire, blocage du mouvement, mouvements choréiformes aussi bien que l'absence de début de mouvement. Les altérations des mouvements volontaires sont souvent dues à des blessures ou à des maladies des muscles, des os, des nerfs, de la moelle épinière ou du cerveau et exposent le résident au risque d'incapacité fonctionnelle ou de blessure.

Procédure : Lorsque vous évaluez l'amplitude du mouvement à l'item **G4 (A)** ci-dessus, observez aussi le résident en ce qui concerne les altérations des mouvements volontaires de chaque côté du corps.

Codage : Pour chaque partie du corps, codez la réponse appropriée selon le fonctionnement du résident au cours des 7 derniers jours. Notez le code dans la **colonne (B)**. En cas d'absence ou de malformation d'une partie du corps d'un seul côté (amputation à gauche au-dessus du genou, par exemple), codez **1** (altération partielle du mouvement volontaire). Si l'altération est bilatérale, codez **2** (perte totale du mouvement volontaire).

0. Pas de perte de mouvement volontaire.
Le résident bouge les parties de son corps pour accomplir la tâche demandée. Les mouvements sont harmonieux et coordonnés.

1. Perte partielle de mouvement volontaire.
Le résident peut entreprendre et accomplir la tâche demandée, mais les mouvements sont lents, spasmodiques, incoordonnés, rigides, choréiformes, etc., d'un côté ou des deux.

2. Perte totale de mouvement volontaire.
Le résident n'est pas capable d'entreprendre la tâche demandée. Il n'y a pas de mouvement volontaire des deux côtés.

EXEMPLE

Codage de la limitation fonctionnelle

- Mme X. est diabétique et a subi un accident vasculaire cérébral 2 mois auparavant. Elle peut seulement tourner légèrement la tête d'un côté et de l'autre et l'incliner légèrement vers chaque épaule (amplitude de mouvement du cou limitée). Elle peut accomplir tous les mouvements du bras, de la main et de la jambe du côté droit, avec des gestes réguliers et coordonnés. Elle ne peut mouvoir le côté gauche (mouvements limités du bras, de la main et de la jambe gauches) et présente une hémiplégie gauche flasque. Elle peut étendre ses jambes à plat sur le lit. Elle est amputée des deux pieds. Elle ne présente pas d'autres limitations.

Codage

	(A)	**(B)**
	Restriction de l'amplitude du mouvement	**Perte du mouvement volontaire**
a. Cou	**1**	**0**
b. Bras	**1**	**1**
c. Main	**1**	**1**
d. Jambe	**1**	**1**
e. Pied	**2**	**2**
f. Autre	**0**	**0**

5. MODES DE LOCOMOTION

Objectif : Déterminer quels moyens, quels appareils ou quelles stratégies utilise le résident pour ses déplacements (dans et hors de l'unité).

Définitions : **a. Canne, cadre de marche, déambulateur, marchette (Ca).**
Comprend également le cas où le résident marche en s'appuyant sur un fauteuil roulant.

b. Fauteuil roulant (se déplace seul).
Comprend l'utilisation d'un fauteuil actionné à la main ou par un moteur, pour autant que le résident le contrôle lui-même, ne serait-ce que pendant une partie de la journée.

c. Fauteuil roulant (poussé par un tiers).
Une autre personne pousse le résident dans son fauteuil roulant.

d. Fauteuil roulant comme mode principal de locomotion.
Même si le résident marche de temps en temps, il dépend généralement de son fauteuil roulant pour ses déplacements. Le fauteuil peut être manuel, motorisé ou poussé par un tiers.

Codage : Cochez ce qui convient pour les 7 derniers jours. Si le résident utilise un fauteuil roulant, spécifiez s'il se déplace seul ou si quelqu'un doit le pousser. Si le résident n'utilise aucune aide technique (moyen auxiliaire) pour se déplacer, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

6. MODES DE TRANSFERT

Objectif : Enregistrer tous les types de moyens ou d'appareils que le résident utilise pour ses transferts vers ou hors de son lit ou de sa chaise, et pour sa mobilité dans le lit.

Définitions : **a. Grabataire la plupart du temps.**
Le résident est au lit ou dans un fauteuil incliné dans sa chambre pendant 22 heures ou plus par jour. Cette définition comprend les résidents qui sont la plupart du temps alités mais ont la permission de se lever pour aller aux toilettes. En vue de l'établissement du plan de soins, ces informations sont utiles pour identifier les résidents qui risquent de développer des problèmes physiques et fonctionnels associés à une mobilité réduite, tout autant que des détériorations cognitives, de l'humeur et du comportement produites par l'isolement social. **Cochez cet item quand il est avéré pendant au moins 4 des 7 derniers jours.**

b. Barrières de lit utilisées pour la mobilité au lit ou le transfert.
Concerne tout type de barrières fixées au lit que **le résident utilise comme moyen** pour faciliter ses changements de position dans le lit, aussi bien pour y entrer que pour en sortir. **Ne cochez pas cet item si le résident n'utilise pas les barrières dans ce but.**

c. Soulevé manuellement.
Le résident est complètement soulevé par une personne ou plus.

d. Soulevé mécaniquement.
Le résident est soulevé à l'aide d'un appareil (par exemple, un élévateur). Ne comprend pas un élévateur pour le bain.

e. Aide technique pour le transfert.
Ceci comprend, par exemple, planche, potence (trapèze), canne, déambulateur, marchette (Ca), appareils orthopédiques.

Codage : Cochez tout ce qui convient. Si aucun de ces items ne s'applique, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

7. SEGMENTATION DES TÂCHES

Objectif : Identifier les résidents pour lesquels une segmentation des tâches (fractionnement en petites étapes) permet d'augmenter l'indépendance dans l'accomplissement de leurs soins personnels (tels que l'alimentation, le bain, la toilette, l'habillage). Certains résidents sont accablés et anxieux quand on attend d'eux une plus grande indépendance et qu'ils ne sont plus capables d'accomplir toutes les étapes pour faire face aux AVQ. Ils présentent un grand risque de devenir dépendants des autres, à moins que l'on rende ces activités plus faciles à faire pour eux en segmentant les tâches. Ces résidents ont, en général, quelques problèmes de mémoire, de réflexion ou de concentration liés à une démence, une blessure à la tête, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une dépression. D'autres résidents reçoivent cette aide à cause de problèmes de maîtrise du corps, d'un manque d'endurance (fatigabilité) ou d'autres problèmes physiques.

Définitions : • **La segmentation des tâches** consiste à fournir au résident des instructions — incitations verbales, physiques ou les deux à la fois — pour accomplir chacune des étapes qui constituent l'activité.

• **Les incitations verbales** consistent à donner une instruction orale pour accomplir la première étape d'une tâche, puis lorsque celle-ci est accomplie, donner une autre instruction pour l'étape suivante. En général, encouragements verbaux, félicitations lorsque le résident a réussi les différentes étapes sont prodigués par le soignant *avant* l'incitation suivante, par exemple : « C'est bien. Maintenant, mettez cette chemise. »

• **Les incitations physiques** consistent à donner au résident un objet qui lui rappellera ce qu'il doit faire, par exemple lui tendre du papier toilette pour qu'il s'essuie lui-même ou placer l'un des plats du plateau en face du résident et lui tendre une fourchette pour qu'il mange.

Incitations physiques et verbales comprennent l'utilisation d'objets et de mots qui incitent à l'action. Par exemple, donner un vêtement au bon moment et dire « Mettez cette chemise » est moins perturbant pour un résident souffrant de troubles cognitifs que de placer tous ses vêtements devant lui et lui dire : « Habillez-vous. »

EXEMPLES

Segmentation des tâches	Pas de segmentation des tâches
• Quand vous lui présentez un gant de toilette humide et lui demandez : « Voulez-vous, s'il vous plaît, vous laver la figure ? », le résident se lave le visage.	• Quand on place devant lui une cuvette, un gant de toilette, une serviette et les différents objets de toilette, le résident est dépassé.
• Quand l'aide-soignante place un miroir devant le résident et lui tend une brosse, il se brosse les cheveux tout seul.	
• Quand l'aide-soignante tend une chaussette au résident et lui dit : « Mettez cette chaussette à ce pied », et une fois cette étape accomplie lui tend l'autre chaussette et lui dit : « Mettez-la à l'autre pied », le résident met ses chaussettes.	• Quand l'aide-soignante dispose les vêtements du résident sur son lit et lui dit : « Habillez-vous », le résident devient confus et est incapable de s'habiller seul.
• Quand les plats et les ustensiles lui sont présentés un par un, les uns après les autres, le résident mange seul.	• Quand on place sur une table devant lui un plateau avec le repas complet et les différents ustensiles, le résident devient confus et est incapable de manger seul.
• Quand l'aide-soignante lui donne des instructions pour chaque étape du transfert depuis son fauteuil roulant (par exemple : « Mettez les freins… Levez-vous en poussant sur les bras… Saisissez votre déambulateur (Ca : marchette) des deux mains, comme ceci » [en montrant comment faire]), le résident réussit à passer de la position assise à la position debout par lui-même.	• Quand l'aide-soignante soulève le résident assis pour le mettre debout et ne l'incite pas à participer à cette action, il devient de plus en plus physiquement dépendant de l'aide-soignante.
Dans tous les cas ci-dessus, codez 1 pour « Oui ».	**Dans tous les cas ci-dessus, codez 0 pour « Non ».**

Procédure : Demandez aux aides-soignantes de réfléchir à la façon dont le résident accomplit les AVQ ou à la manière dont elles l'ont aidé au cours des 7 derniers jours. Demandez spécialement si l'aide-soignante a divisé les AVQ en sous-tâches (étapes plus courtes) de façon à ce que le résident puisse les réaliser lui-même. Est-ce que cela est arrivé au cours des 7 derniers jours ?

Codage : Notez le code **0** si la segmentation des tâches n'est pas appliquée. Notez le code **1** si une ou plusieurs AVQ sont divisées en une série d'étapes de manière à ce que le résident puisse les accomplir.

8. POTENTIEL DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE AUX AVQ

Objectif : Décrire l'opinion et les constatations faites par rapport à l'état fonctionnel du résident qui permettent d'apprécier sa capacité d'atteindre une plus grande indépendance et une plus grande participation dans au moins quelques domaines pour ses soins personnels. Même s'il est largement indépendant pour une de ces activités, le résident peut penser qu'il pourrait faire mieux (par exemple, marcher sur une distance plus longue, se doucher seul).

Procédure : *Demandez au résident* s'il pense qu'il pourrait devenir plus indépendant si on lui laissait plus de temps. Écoutez et enregistrez son opinion, même si cela vous paraît irréaliste. Comme autre indice de la capacité potentielle du résident à faire davantage en permanence, demandez-lui également si sa capacité à accomplir les AVQ varie dans le temps ou si ses capacités fonctionnelles et sa liberté de mouvement ont subi des changements au cours des trois derniers mois.

Demandez au personnel soignant au contact direct du résident (par exemple, aux aides-soignantes de toutes les équipes) s'il pense que celui-ci est capable de devenir plus indépendant ou si ses capacités fonctionnelles varient dans la journée. Demandez également si sa capacité à accomplir les AVQ varie d'une fois à l'autre ou si l'amplitude de ses mouvements a subi des changements au cours des trois derniers mois. Vous pourrez inciter le personnel à considérer les facteurs suivants :

- Est-ce que les performances pour une des AVQ ont varié la semaine dernière ? (par exemple, le résident a, en général, besoin de l'aide de deux personnes pour sortir du lit, mais un jour, il a pu le faire avec une seule) ?
- Les performances du résident varient-elles au cours de la journée (par exemple, il est plus indépendant ou plus actif l'après-midi que le matin) ?
- Le résident s'est-il montré si lent pour accomplir une activité que le personnel a fait les choses à sa place ? Le résident peut-il améliorer ses performances si on lui laisse plus de temps ? OU le résident est-il capable d'améliorer ses performances si on segmente les tâches en étapes plus faciles ?
- Est-ce que le résident est visiblement fatigué la plupart du temps ?
- Est-ce que le résident se détourne de l'une des AVQ même s'il en est physiquement et intellectuellement capable (par exemple, refuse de marcher seul de peur de tomber, exige que d'autres s'occupent de ses soins personnels parce qu'ils le font mieux que lui) ?
- Est-ce que les performances du résident dans l'une quelconque des AVQ se sont améliorées ?

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Sinon, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

EXEMPLES

Potentiel de réadaptation pour les AVQ

- M. N., atteint d'affaiblissement intellectuel, reçoit, pour des raisons de sécurité, une assistance limitée pour se déplacer. Il est cependant persuadé qu'il est capable de se déplacer seul et se lève donc seul lorsque le personnel ne le regarde pas. **Cochez a (« Le résident se sent capable d'atteindre une indépendance accrue pour au moins une des AVQ »).**
- L'aide-soignante qui nourrit Mme W. a remarqué que la semaine précédente celle-ci avait essayé plusieurs fois de prendre la nourriture avec ses doigts. Elle pense qu'elle serait plus indépendante si elle bénéficiait d'une supervision étroite (incitation) dans un petit groupe de rééducation à l'alimentation. **Cochez b (« Le personnel estime que le résident est capable d'atteindre une indépendance accrue pour au moins une des AVQ »).**
- Mme Y. a prouvé qu'elle était capable de s'habiller seule, mais elle a manqué plusieurs fois le petit déjeuner à cause de sa lenteur. L'aide-soignante l'a aidée physiquement pour qu'elle soit prête pour le petit déjeuner. **Cochez c (« Le résident est capable d'accomplir les AVQ, mais il est très lent »).**
- Mme F. était continente avec l'équipe du matin car elle recevait une supervision pour aller aux toilettes. Le soir et la nuit, elle était incontinente parce qu'elle ne recevait pas d'aide pour sortir de son lit pour aller aux toilettes. Après des épisodes d'incontinence, le personnel soignant lui a apporté une aide totale pour cette activité. **Cochez d (« Différence entre matin et soir dans la performance ou l'assistance aux AVQ »).**
- M. K. a une hémiplégie, séquelle d'un accident cérébrovasculaire. Il reçoit une aide importante pour la mobilité dans le lit, les transferts, l'habillage, l'utilisation des toilettes, les soins personnels et l'alimentation. Il est totalement dépendant pour ses déplacements (fauteuil roulant poussé par un tiers). Chaque fois qu'il a essayé de faire plus par lui-même, il a ressenti une douleur dans la poitrine et de l'essoufflement. Tant M. K. que le personnel pense qu'il participe autant qu'il lui est physiquement possible à ses soins personnels. **Cochez e** (**AUCUNE DE CES RUBRIQUES**).

9. CHANGEMENT DE L'ÉTAT FONCTIONNEL LIÉ AUX AVQ

Objectif : Déterminer s'il y a eu une modification des capacités du résident en ce qui concerne les AVQ au cours des 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci est plus récente). Cela comprend, entre autres, les changements dans le niveau de participation du résident dans les activités de la vie quotidienne ainsi que dans la quantité ou le type d'aide apportée par l'équipe. Si le résident vient d'être admis dans l'établissement, cet item porte sur la période antérieure à l'admission.

Procédure : Recherchez dans le dossier les indices d'un changement. Consultez le résident et le personnel qui est en contact direct avec le résident. Reportez-vous à la section G de la dernière évaluation et comparez les informations avec celles de l'évaluation en cours. Pour les nouveaux résidents, consultez le membre de la famille qui était son principal aidant.

Codage : Codez **0** s'il n'y a pas eu de modification, **1** si l'état fonctionnel du résident pour les AVQ s'est amélioré, **2** s'il y a eu détérioration. Vous pouvez constater que certaines AVQ se sont améliorées, d'autres se sont détériorées, d'autres encore sont restées inchangées. Vous devez évaluer toutes les informations et donner un jugement d'ensemble (par exemple, en général, l'état fonctionnel du résident s'est…).

EXEMPLES

Modification de l'état fonctionnel

- Le Dr B. participait beaucoup à la plupart des activités quotidiennes de soins personnels. Il y a 7 semaines, il a glissé, est tombé et s'est meurtri le poignet droit. Pendant plusieurs semaines, il a reçu une aide plus importante pour faire sa toilette, s'habiller et manger. Cependant, pendant les 3 dernières semaines, il est revenu au même niveau de participation aux AVQ qu'avant sa chute. **Codez 0 pour « Pas de changement ».**
- Mme A. a participé à un groupe de rééducation à l'alimentation pendant les six dernières semaines. Après beaucoup d'encouragements et de surveillance de la part du responsable du groupe, elle a fait des progrès, passant d'une aide importante à une simple supervision. Ses performances pour les autres AVQ sont restées stationnaires. **Codez 1 pour « Amélioration ».**
- Suite à une fracture du col du fémur gauche il y a deux mois, Mme Z. a maintenant besoin d'une aide importante pour les transferts, les déplacements, l'habillage, les WC, l'hygiène personnelle et le bain. Cependant, elle fait de grands progrès en ergo- et physiothérapie. L'amélioration est régulière, bien qu'il reste un long travail à accomplir pour retrouver son niveau de performance d'il y a 90 jours. **Notez le code 2 pour « Détérioration ».**
- L'infirmière favorite de M. K., Mme C., est partie travailler dans une autre unité il y a 30 jours. Bien qu'il affirme en être très content pour elle, il est devenu plus passif et ne s'intéresse à rien. Il ne s'habille plus d'un complet et d'une cravate. Il néglige sa toilette et il faut le forcer à se raser, se laver et se peigner. Parce qu'il portait des vêtements tachés, le personnel s'est mis à choisir et à préparer ses vêtements chaque jour. Par ailleurs, à côté de ces détériorations, M. K. est un peu plus indépendant pour les déplacements, puisqu'il se rend deux fois par semaine dans le nouveau service de Mme C. **Codez 2 pour « Détérioration ».**

Explication : bien que l'on note quelque amélioration pour l'une des AVQ (les déplacements), ceci ne se produit que 2 fois par semaine. Globalement, la performance de M. K. s'est détériorée dans 2 domaines (habillement et hygiène personnelle) qui demandent de multiples tâches quotidiennes.

- Lors d'une évaluation pour changement significatif (sévère sentiment de détresse), il a été découvert que Mme M. était devenue plus dépendante des autres, ayant besoin d'une aide physique pour assurer son hygiène personnelle, s'habiller et aller aux toilettes. Elle recevait aussi davantage d'incitations et d'encouragements pour manger. Ces changements marquaient une moindre participation dans ses soins personnels depuis la dernière évaluation 2 mois auparavant. **Codez 2 pour « Détérioration ».**

Section H.

Continence durant les 14 derniers jours

1. CONTRÔLE DE LA CONTINENCE

Remarque : Cette section diffère des autres rubriques des AVQ par l'extension de la période d'observation à 14 jours. Les recherches ont montré que 14 jours représentent la période minimum pour obtenir une évaluation fiable de l'incontinence fécale. Par souci de cohérence, l'incontinence urinaire est, elle aussi, évaluée sur la même période de 14 jours.

Objectif : Déterminer et enregistrer le mode de contrôle de l'élimination des selles et des urines du résident durant les 14 derniers jours.

Définition : **Continence urinaire et fécale.** Ceci renvoie au contrôle de la fonction urinaire de la vessie et d'évacuation des selles. Ces items décrivent les horaires auxquels le résident va aux

toilettes, s'il existe un programme de rééducation de la vessie ou des intestins, si des aides techniques (F) ou moyens auxiliaires (CH) sont utilisés. On ne tient pas compte ici de la capacité du résident à aller seul aux toilettes. Par exemple, un résident peut recevoir une aide importante pour l'utilisation des toilettes et cependant être continent, sans doute en raison de l'aide apportée par le personnel en raison de ses difficultés de déplacement. Sa performance pour aller aux WC en elle-même est enregistrée à l'item **G1i(A)**.

Procédure : Revoir le dossier clinique du résident et la courbe de suivi de l'élimination urinaire ou fécale (si ce suivi existe). Validez l'exactitude de ces écrits auprès du résident. Assurez-vous que votre conversation se tient en privé. Le contrôle de l'élimination des selles et des urines est un sujet difficile à aborder, particulièrement pour les personnes qui s'efforcent de maintenir ce contrôle. Beaucoup de personnes qui ont des défaillances dans ce domaine essaieront de masquer leurs problèmes par embarras ou crainte d'une punition. D'autres n'en parleront pas car ils pensent à tort que l'incontinence est normale en vieillissant et que rien ne peut être fait pour s'y opposer. Malgré ces réactions communes, bien des personnes âgées sont soulagées quand un professionnel de santé s'intéresse assez à ce problème pour l'aborder d'une façon directe mais délicate.

- Validez vos informations sur la continence auprès de personnes qui connaissent bien le résident (par exemple, un soignant à son contact direct ; pour un résident qui vient d'être admis dans l'établissement, le membre de sa famille qui était son aidant principal).
- Souvenez-vous que la continence s'évalue sur les 14 jours précédents et sur les 24 heures, y compris les samedis et dimanches. Si la composition de l'équipe change fréquemment, songez à mettre en place et à maintenir un relevé des éliminations urinaire et fécale afin de rassembler une information plus précise comme base de la décision de codage et, finalement, du plan de soins.

Codage : La continence est décrite à l'aide d'une échelle à 5 niveaux. Notez que, à chaque niveau, les fréquences des épisodes d'incontinence indiqués sont différentes pour l'incontinence urinaire et pour l'incontinence fécale. Cette différence s'explique par le fait que l'on urine plus souvent (dans la journée et dans la semaine) alors que, par nature, l'évacuation des selles se produit moins souvent.

0. Continent.
Contrôle complet (y compris le contrôle acquis grâce aux soins tels qu'incitation à l'élimination, éducation des habitudes, rappels, etc., usage de sonde urinaire à demeure ou poche de stomie sans fuites).

1. Habituellement continent.
Épisodes d'incontinence urinaire survenant une fois par semaine ou moins ; épisodes d'incontinence fécale, moins d'une fois par semaine.

2. Occasionnellement incontinent.
Épisodes d'incontinence urinaire survenant deux fois par semaine ou plus mais pas tous les jours ; épisodes d'incontinence fécale une fois par semaine.

3. Fréquemment incontinent.
Les épisodes d'incontinence urinaire tendent à survenir quotidiennement, mais un certain contrôle persiste (par exemple, pendant la présence de l'équipe de jour) ; des épisodes d'incontinence fécale surviennent deux à trois fois par semaine.

4. Incontinent.
Contrôle inadéquat : les épisodes d'incontinence urinaire surviennent plusieurs fois chaque jour ; incontinence fécale tout le temps ou presque.

Choisissez une réponse pour définir le degré de continence urinaire et une autre pour la continence des selles pendant les 14 derniers jours.

Codez en fonction de la continence urinaire et fécale réelle — c'est-à-dire de la fréquence avec laquelle le résident est sec ou mouillé durant la période de 14 jours de l'évaluation. **Ne codez pas** le niveau de contrôle que le résident **aurait pu atteindre** dans des conditions optimales.

Pour l'incontinence urinaire, la différence entre le code **3** (fréquemment incontinent) et **4** (incontinent) est déterminé par la présence (**3**) ou l'absence (**4**) d'un quelconque contrôle urinaire.

EXEMPLES

Codage pour l'incontinence urinaire

- M. F. est conduit aux toilettes après chaque repas, avant d'aller au lit et une fois pendant la nuit. On ne l'a jamais trouvé mouillé et il est considéré comme continent. **Codez 0 pour « Continent : urine ».**
- M. R. a eu une sonde à demeure tout le temps pendant les 14 jours de la période d'évaluation. Il n'a jamais été trouvé mouillé. Il est considéré comme continent. **Codez 0 pour « Continent : urine ».**
- Bien qu'elle soit habituellement considérée comme continente urinaire, il arrive à Mme T. une fois par hasard (environ une fois en deux semaines), après avoir pris son diurétique quotidien, de ne pas atteindre à temps les toilettes pour uriner. **Codez 1 pour « Habituellement continente : urine ».**
- Mme A. a des épisodes d'incontinence urinaire, mais pas tous les jours, particulièrement en fin de journée quand elle est fatiguée. **Codez 2 pour « Occasionnellement incontinente : urine ».**
- M. S. est dans le coma. Il porte un condom pour protéger sa peau du contact de l'urine. Le personnel a des difficultés pour le maintenir en place, car il glisse continuellement. Ils ont essayé différentes marques, sans succès. Pendant les 14 derniers jours, M. S. a été trouvé mouillé au moins deux fois par jour par l'équipe de jour. Codez **3** pour **« Fréquemment incontinent : urine ».**
- Mme U. est en phase terminale, avec une maladie d'Alzheimer au dernier stade. Elle est très fragile, avec des contractures sévères et douloureuses de toutes les extrémités. Elle est alitée presque tout le temps avec un matelas spécial à eau, changée de position toutes les heures pour son confort. Elle n'est pas conduite aux toilettes et est constamment incontinente urinaire. **Codez 4 pour « Incontinente : urine ».**

2. ÉLIMINATION DES SELLES

Objectif : Enregistrer l'efficacité de la fonction intestinale du résident.

Définitions : **a. Élimination régulière.**
Le résident élimine ses selles au moins une fois tous les 3 jours.

b. Constipation.
Le résident élimine ses selles 2 fois par semaine ou moins, ou doit faire beaucoup d'efforts plus d'une fois sur quatre lors de ses éliminations.

c. Diarrhée.
Émissions fréquentes de selles liquides sans étiologie précise (telle que, par exemple, alimentaire, virale ou microbienne).

d. Fécalome.
Présence de selles dures à l'examen rectal. Même si cet examen est négatif et que l'on trouve dans le dossier clinique mention de selles quotidiennes, un fécalome peut exister si, à la radio, on voit des fèces dans le sigmoïde ou plus haut dans le colon.

Procédure : Demandez au résident. Examinez-le si nécessaire. Reportez-vous au dossier clinique, particulièrement à tout relevé des éliminations. Demandez au personnel soignant proche du résident (par exemple, aides-soignantes de toutes les équipes).

Codage : Cochez tout ce qui s'applique durant les 14 derniers jours. Si aucun item ne s'applique, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

3. MOYENS AUXILIAIRES ET PROGRAMMES

Définitions : **a. Mictions programmées.**
Le personnel emmène le résident aux toilettes ou lui rappelle d'y aller selon un programme établi. Un programme selon lequel les membres de l'équipe, à heures fixes, conduisent le résident aux toilettes, lui présentent un urinal ou lui rappellent d'aller aux WC. Ceci comprend l'entraînement et/ou l'incitation à une élimination régulière.

b. Programme de rééducation de la vessie.
Un programme de rééducation où l'on apprend au résident à retarder volontairement ou à résister au besoin d'uriner. Les résidents sont encouragés à uriner à heures fixes plutôt que selon l'urgence de leurs besoins. Cette forme de rééducation est utilisée pour l'incontinence due à l'instabilité vésicale.

c. Condom, système de recueil externe.
Système de récolte de l'urine placé sur le pénis.

d. Sonde vésicale à demeure.
Sonde maintenue dans la vessie pour un drainage continu de l'urine. Ceci inclut les sondes installées dans l'urètre ou par incision sus-pubienne.

e. Sondages occasionnels.
Sonde utilisée périodiquement pour drainer l'urine hors de la vessie. Ce type de sonde est généralement enlevé dès que la vessie a été vidée. Ceci comprend les sondages intermittents qu'ils soient réalisés par un professionnel ou par le résident. Le sondage peut être fait exceptionnellement (par exemple, pour obtenir un échantillon stérile) ou faire partie d'un programme de drainage de la vessie (par exemple, à chaque changement d'équipe, pour un résident dont la vessie est atone ou hypoactive).

f. N'a pas utilisé les toilettes, un urinal, une chaise percée.
Le résident ne s'en est pas servi durant les 14 derniers jours, non plus que d'un bassin.

g. Protections.
Tout moyen absorbant, garniture ou système jetable ou réutilisable, qu'il soit porté directement par le résident (par exemple, couches, protections, culotte spéciale) ou qu'il soit posé sur le lit ou le fauteuil pour les protéger. **Ne comprend pas** l'utilisation d'office de protections du lit lorsque le résident n'est pas ou n'est qu'accidentellement incontinent.

h. Lavements ou irrigation.
Tout type de lavement ou d'irrigation intestinale. Comprend également les irrigations de stomie.

i. Stomie.
Tout type de stomie du système digestif ou génito-urinaire.

Procédure : Consultez le dossier. Consultez les aides-soignantes et le résident. Pensez aux objets habituellement non visibles car portés sous les vêtements de ville (par exemple, garnitures ou culottes protectrices).

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Si aucune rubrique ne s'applique, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

4. CHANGEMENT DE LA CONTINENCE URINAIRE

Objectif : Repérer les changements intervenus en ce qui concerne la continence urinaire au cours des 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci date de moins de 90 jours), y compris les changements de moyens auxiliaires et de programmes. Si le résident vient d'être admis dans l'établissement, cet item porte sur les changements durant la période antérieure à l'admission.

Procédure : Reportez-vous au dossier clinique du résident et aux informations sur la continence urinaire recueillies lors de la dernière évaluation. Validez vos données avec le résident et les soignants de toutes les équipes à son contact direct. Pour les nouveaux résidents, discutez avec l'aidant familial.

Codage : Notez le code **0** pour aucun changement, **1** pour une amélioration, 2 pour une détérioration. Un résident qui était incontinent 90 jours auparavant et qui est maintenant continent parce qu'une sonde lui a été posée, doit être codé **1** (« Amélioration ») (voir le quatrième exemple ci-dessous : M. K.).

EXEMPLES

Changement de la continence urinaire

- Durant une épidémie de gastro-entérite dans l'établissement il y a 6 semaines, Mme L. qui est habituellement continente, est devenue complètement incontinente (incontinence urinaire et fécale). Ce problème a duré seulement 2 semaines et elle a été continente pendant tout le mois dernier. **Codez 0 pour « Pas de changement ».**
- Dr R. a subi une opération de la prostate il y a 3 mois. Avant l'opération, il était fréquemment incontinent. Au moment de son retour de l'hôpital, sa sonde à demeure a été enlevée. Bien qu'au début il ait été incontinent, maintenant il reste sec, avec seulement quelques épisodes d'incontinence occasionnelle. Il chante les louanges de la chirurgie à ses pairs. **Codez 1 pour « Amélioration ».**
- Mme B. vient d'être récemment admise. Elle et sa fille affirment qu'elle n'a jamais été incontinente. Dès le troisième jour de son admission, son incontinence devient évidente, particulièrement la nuit. **Codez 2 pour « Détérioration ».**
- Il y a 2 semaines, M. K. est rentré d'un séjour à l'hôpital pour le traitement chirurgical d'une escarre. Avant son admission à l'hôpital, M. K. était totalement incontinent urinaire. Il est maintenant continent avec une sonde à demeure. **Codez 1 pour « Amélioration ».**

Explication : bien que l'on puisse penser que l'état de M. K. se soit détérioré puisqu'il a maintenant une sonde pour le contrôle vésical, souvenez-vous que, sur le MDS, la continence vésicale est définie comme : *« Contrôle de la miction, avec aides techniques (par exemple, clamp pénien, sonde) ou un programme de continence, s'ils sont utilisés. »*

Section I.

Diagnostics médicaux

Objectif : Identifier la présence de maladies susceptibles d'influer sur les AVQ, les fonctions cognitives, l'humeur ou le comportement, les traitements médicaux, la surveillance infirmière ou le risque de décès. En général, ces affections conditionnent le plan de soins. **Cela ne comprend pas**

les problèmes qui ont été résolus ou qui n'affectent plus l'état fonctionnel du résident ou le plan de soins. Dans beaucoup d'établissements, le personnel soignant et les médecins négligent de mettre à jour la liste des maladies « actives » du résident. On peut aussi avoir tendance à noter d'anciennes maladies qui ont été guéries ou qui ne sont plus pertinentes pour l'établissement du plan de soins. L'un des rôles importants de l'évaluation à l'aide du MDS est de produire un tableau précis et à jour de l'état de santé du résident.

Définition : **Surveillance infirmière.** Comprend la surveillance clinique par une infirmière diplômée (par exemple, prise de tension, distribution des médicaments, etc.).

1. MALADIES

Définitions : **a. Diabète.**
Diabète insulino-dépendant ou diabète contrôlé à l'aide d'un régime.

e. Arythmie cardiaque.
Troubles de la fréquence ou du rythme cardiaque.

j. Maladie vasculaire périphérique.
Maladie circulatoire des extrémités inférieures qui peut être d'origine veineuse ou artérielle.

l. Arthropathies.
Comprend les maladies articulaires dégénératives (arthrose…) et la polyarthrite rhumatoïde. Enregistrez les arthropathies plus spécifiques (par exemple, syndrome de Sjögren, goutte) à l'item **I3** (avec les codes de la CIM-10).

m. Fracture de l'extrémité supérieure du fémur.
Comprend toute fracture quelle qu'en soit la date, dans la mesure où elle est en relation avec l'état, les traitements, la surveillance… actuels. Le diagnostic de fracture de l'extrémité supérieure du fémur inclut tout type de fractures du col du fémur, y compris fractures du trochanter ou sous-capitales.

n. Membre manquant.
Comprend la perte (par amputation ou atrophie) d'une partie quelconque des extrémités supérieures ou inférieures.

p. Fracture osseuse pathologique.
Fracture d'un os quelconque due à la fragilité de l'os, résultant généralement d'un processus cancéreux.

r. Aphasie.
Trouble de la parole ou du langage, dû à une maladie ou des dommages cérébraux, entraînant des difficultés pour exprimer sa pensée (par la parole, l'écriture) ou pour comprendre le langage écrit ou oral.

s. Paralysie cérébrale.
Paralysie en relation avec des déficiences dans le développement du cerveau ou des traumatismes à la naissance.

t. Accident vasculaire cérébral (AVC), attaque.
Lésion vasculaire cérébrale qui peut être due à une hémorragie intracrânienne, une thrombose cérébrale, un infarctus, une embolie.

u. Démence autre qu'Alzheimer.
Comprend les diagnostics de déficit cérébral organique ou de déficit cérébral chronique, sénilité, démence sénile, démence vasculaire (par infarctus cérébraux multiples) et démences associées à des affections neurologiques autres que la maladie d'Alzheimer (par exemple, maladie de Picks, Creutzfeld-Jakob, chorée de Huntington, etc.).

v. Hémiplégie ou hémiparésie.
Paralysie totale ou partielle (déficience temporaire ou permanente de la force musculaire des 2 membres d'un côté du corps. Elle est généralement causée par une hémorragie cérébrale, une thrombose, une embolie ou une tumeur. On doit trouver un diagnostic d'hémiplégie ou d'hémiparésie inscrit dans le dossier du résident.

x. Paraplégie.
Paralysie (déficience temporaire ou permanente de la force musculaire) de la partie inférieure du corps, portant sur les jambes. Généralement causée par ischémie, une tumeur, un traumatisme ou une atteinte de la moelle épinière ou du rachis. On doit trouver un diagnostic de paraplégie dans le dossier du résident.

z. Quadriplégie.
Paralysie (déficience temporaire ou permanente de force musculaire) des quatre membres. Généralement causée par une hémorragie, une thrombose, une embolie, une tumeur ou une atteinte de la moelle épinière ou du rachis cervical. On doit trouver un diagnostic de quadriplégie dans le dossier du résident

bb. Ischémie cérébrale transitoire.
Trouble de la circulation sanguine brutal et temporaire dans une région localisée du cerveau. Souvent récidivante.

cc. Traumatisme crânien.
Atteinte du cerveau résultant d'une blessure physique à la tête.

ff. Psychose maniaco-dépressive (maladie bipolaire).
Inclut mention de diagnostic clinique de dépression, d'accès maniaque ou de maladie maniaco-dépressive (dont l'appellation habituelle est « maladie bipolaire »).

ii. Emphysème ou syndrome obstructif chronique.
Par exemple, maladies pulmonaires interstitielles telles que l'asbestose et la bronchite chronique.

nn. Allergies.
Toute hypersensibilité liée à l'exposition à un allergène particulier. Comprend tous les agents (naturels ou artificiels) susceptibles d'entraîner une réaction allergique chez le résident, pas seulement ceux auxquels il/elle a réagi dans les 7 derniers jours. Cet item inclut les allergies aux médicaments (par exemple, aspirine, antibiotiques) ou aux aliments (par exemple, œuf, farine, fraises, coquillages, lait), les substances existant dans l'environnement (par exemple, poussières, pollens), les animaux (par exemple, chiens, chats, oiseaux), les produits d'entretien (par exemple, savon, lessive), etc. Les manifestations allergiques comprennent, entre autres, picotement des yeux, écoulement nasal, éternuements, dermites de contact.

oo. Anémie.
Comprend les anémies de toute origine.

Procédure : Consultez les documents de transfert et le dossier (y compris les prescriptions médicales en cours et les plans de soins infirmiers). Si le résident vient d'être admis à partir d'un service de soins aigus ou de réadaptation, les documents de sortie énumèrent souvent les pathologies (avec le code CIM correspondant) en cours pendant le séjour à l'hôpital. Si ces pathologies sont encore actives, notez-les sur le MDS. Acceptez aussi les déclarations du résident qui semblent cliniquement valables. Consultez le médecin pour confirmation et entreprenez la recherche de l'information médicale nécessaire.

La participation du médecin dans cette partie de l'évaluation est cruciale. Il doit lui être demandé de revoir les items de la section I lors d'une visite aussi proche que possible de la date prévue pour le remplissage du MDS. Utilisez cette visite programmée comme une opportunité pour

vous assurer que les diagnostics « actifs » sont signalés et que les diagnostics « inactifs » sont bien notés comme résolus. C'est aussi une occasion importante de faire partager au médecin l'ensemble de l'évaluation réalisée avec le MDS. Dans beaucoup d'établissements, les médecins ne sont pas impliqués dans le remplissage du MDS ni dans la procédure d'évaluation. Il est de la responsabilité du personnel de l'établissement de solliciter avec insistance l'implication des médecins. Des diagnostics imprécis, erronés ou manquants peuvent constituer un obstacle important pour l'élaboration du plan de soins. En conséquence, vous devez collaborer avec le médecin pour cette section et lui demander sa participation. Les médecins qui remplissent une partie du MDS doivent signer à l'item **R2** (« Signatures des participants à l'évaluation »).

La revue du MDS le plus récent ou des informations déjà notées pendant l'évaluation en cours peut être très utile. Pour le médecin, l'évaluation à l'aide du MDS réalisée par l'équipe peut apporter des éclairages impossibles à obtenir autrement. Pour l'équipe, les commentaires du médecin bien informé peuvent suggérer de nouvelles perspectives d'investigation, contribuer à confirmer les observations déjà faites ou suggérer le besoin d'un suivi supplémentaire.

Ne cochez une maladie que si elle a une relation avec *l'état actuel du résident* en ce qui concerne les AVQ, l'état cognitif, le comportement, le traitement médical, les soins infirmiers ou avec un risque de décès. Par exemple, il n'est pas nécessaire de cocher **h** « Hypertension » pour un épisode survenu plusieurs années auparavant à moins que cette hypertension ne soit actuellement contrôlée par des médicaments, régimes, biofeedback, etc., ou suivie régulièrement pour prévenir son retour.

Codage : N'enregistrez **aucun problème** qui a été résolu et qui n'a plus actuellement d'incidence sur l'état fonctionnel du résident ou sur le plan de soins.

Cochez tout ce qui s'applique. Si aucune maladie n'est signalée, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ». **Si vous disposez d'informations plus détaillées dans le dossier clinique pour enregistrer un diagnostic plus précis que ceux que propose la liste de la section I1, cochez en I1 le diagnostic général puis entrez en I3, le diagnostic détaillé (avec les codes de la 10e révision de la Classification internationale des maladies ou CIM-10).**

Par exemple, si le dossier révèle que le résident souffre d'une arthrose, vous cocherez l'item I1 (arthropathies) et enregistrerez « arthrose », à la section I3, avec le code « M15-M19 » de la CIM-10).

Consultez les documents de transfert du résident (dans le cas d'une nouvelle admission ou d'une réadmission) et le dossier médical en cours ainsi que les plans de soins infirmiers. Il peut arriver qu'un diagnostic particulier ne soit pas noté dans le dossier médical. Dans ce cas, comme il est dit plus haut, acceptez les déclarations du résident qui semblent cliniquement valables. Consultez le médecin pour confirmation et mettez en route l'action nécessaire.

Par exemple, bien que le nouveau résident dise qu'il souffre d'une sévère dépression et qu'il était suivi par un psychiatre privé lorsqu'il vivait à son domicile, cette information peut avoir été perdue si elle n'a pas été transmise dans le dossier accompagnant le résident de l'hôpital à votre établissement.

Le tableau 6 page suivante, présente les codes de la CIM-10 pour les maladies listées à l'item I1. Son objectif est de préciser le niveau de spécificité des maladies cochées. (Ceci constitue aussi les codes à utiliser pour l'enregistrement informatisé du MDS.)

TABLEAU 6 : Codes des CIM-9 et 10 pour les maladies listées à la section I1

CIM-9	MALADIES	CIM-10
	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	
250.0	Diabète	E10 à E14
242.9 [0 ou 1]	Hyperthyroïdie	E05
244.9	Hypothyroïdie	E00 à E03
	Maladies de l'appareil circulatoire	
414.00-03	Maladie cardiaque ischémique	I20-25
427.9	Arythmie cardiaque	I47-49
428.0	Insuffisance cardiaque	I50
453.8	Thrombose veineuse	I80, 82
401.9	Hypertension (non spécifiée)	I10 et I15
458.9	Hypotension (non spécifiée)	I95
443.9	Maladie vasculaire périphérique	I70-79
429.2	Autre maladie cardio-vasculaire	I32, I49
	Maladies du système ostéoarticulaire	
716.90	Arthrose	M15-M19
820.9	Fracture de la hanche (site non spécifié ou SAI[1])	S79
736.89	Membre manquant (par exemple, amputation)	L89-9
733.00	Ostéoporose (non spécifiée)	M81-82
733.10	Fracture osseuse pathologique (sites non spécifiés)	M80
	Maladies du système nerveux	
331.0	Maladie d'Alzheimer	F00
784.3	Aphasie	R47-0
343.90	Paralysie cérébrale (non spécifiée)	G80
436	Accident vasculaire cérébral (AVC, attaque) (SAI)	I60-69
290.03	Démence autre que d'Alzheimer. (Démence sénile, SAI)	F02-03
342.90[.92]	Hémiplégie ou hémiparésie (SAI) (1)	G81
340	Sclérose en plaques	G35
344.1	Paraplégie	G82
332.0	Maladie de Parkinson	G20
344.00[.09]	Quadriplégie	G82
780.3	Épilepsie	G40
435.9	Ischémie cérébrale transitoire (non spécifiée)	G45-9
854.00	Traumatisme crânien (non spécifié)	S00
	Troubles mentaux et du comportement	
300.00	Trouble anxieux (non spécifié)	F40-41
311	Dépression	F32-33
296.8	Psychose maniaco-dépressive (maladie bipolaire)	F31
295.90	Schizophrénie (non spécifiée)	F20-21

1. Sans autre indication.

CIM-9	MALADIES	CIM-10
	Maladies de l'appareil respiratoire	
493.90	Asthme (non spécifié)	J45 et 45-9
492.8	Emphysème	J43 et 43-9
496	Bronchopneumopathie obstructive chronique	J44-9
	Maladies de l'œil et de ses annexes	
366.9	Cataracte (non spécifiée)	H25-28
362.01, 362.02	Rétinopathie diabétique	H36-0
365.9	Glaucome (non spécifié)	H40-42
362.5	Dégénérescence maculaire (non spécifiée)	H35-3
	Autres	
995.3	Allergies (non spécifiées)	T78-4
285.9	Anémie	D50-D59
199.1	Cancer (site ou stade non spécifié)	C00-C97
586	Insuffisance rénale (non spécifiée)	H19

Source : Classification internationale des maladies 10e révision OMS ou CIM-10, Genève, 1996.

2. INFECTIONS

Définitions : **a. Infection résistant aux antibiotiques** (ex. : staphylocoques résistant à une pénicilline). Infection dont le germe a développé une résistance à l'activité d'un antibiotique. Cochez cet item uniquement si vous en trouvez une preuve dans le dossier médical (y compris dans les documents accompagnant l'admission d'un nouveau résident ou un transfert d'une autre institution).

b. *Clostridium difficile*.
Diarrhée provoquée par la bactérie *Clostridium difficile*. Cochez cet item uniquement si vous en trouvez mention dans le dossier médical lors d'une nouvelle admission ou un transfert récent (par exemple, résumé de sortie, résultats de laboratoire).

c. Conjonctivite.
Infection des muqueuses bordant les paupières. Peut être d'origine bactérienne, virale, allergique ou traumatique.

d. Infection par le VIH (sida).
Ne cochez cet item que si vous disposez d'informations probantes ou si le résident (ou la personne responsable) vous informe de l'existence de résultats positifs à des tests sanguins pour la recherche du virus VIH ou le diagnostic du sida.

e. Pneumonie.
Inflammation des poumons ; le plus souvent d'origine bactérienne ou virale.

f. Infection des voies respiratoires.
Toute infection respiratoire haute ou basse (par exemple, bronchite) autre que la pneumonie.

g. Septicémie.
Affection associée au développement de bactéries dans le sang.

h. Maladies sexuellement transmissibles.
Ne cochez cet item que si vous disposez d'informations probantes sur un diagnostic actuel de gonorrhée ou de syphilis. Cette catégorie NE COMPREND PAS LE SIDA.

i. Tuberculose.
Comprend les résidents ayant une tuberculose évolutive ou ceux qui présentent une réaction positive à la tuberculine et sont actuellement sous traitement antituberculeux (par exemple, isoniazide, éthambutol, rifampicine, cyclosérine).

j. Infection des voies urinaires.
Inclut les infections symptomatiques chroniques ou aiguës symptomatiques au cours des 30 derniers jours. Ne cochez cet item que si vous trouvez des informations probantes dans le dossier clinique ou des résultats de laboratoire significatifs.

k. Hépatite virale.
Inflammation du foie d'origine virale. Cette catégorie inclut les diagnostics d'hépatite A, hépatite B, hépatite non-A non-B et hépatite C.

l. Blessure infectée.
Tout type de blessure infectée (par exemple, chirurgicale, traumatique, de pression) sur n'importe quelle partie du corps.

Procédure : Consultez les documents accompagnant un transfert ou le dossier clinique du résident (y compris les prescriptions médicales de traitements en cours et les plans de soins infirmiers). Acceptez les dires du résident qui semblent avoir une validité clinique. Discutez avec le médecin pour confirmation et mettez en route les actions nécessaires. La participation du médecin à cette partie de l'évaluation est cruciale.

Codage : Ne codez un item que si l'infection a une influence sur l'état actuel du résident en ce qui concerne les AVQ, l'état cognitif, l'humeur ou le comportement, le traitement médical, les soins infirmiers ou un risque vital. N'enregistrez pas toute affection qui a été guérie et qui n'affecte plus actuellement l'état fonctionnel du résident ou le plan de soins. Par exemple, ne cochez pas « Tuberculose », dans le cas où le résident a été tuberculeux il y a plusieurs années, à moins que cette tuberculose ne soit actuellement maîtrisée par un traitement médicamenteux ou régulièrement suivie pour détecter une rechute. Cochez tout ce qui s'applique. Si aucune de ces maladies n'est présente, cochez « AUCUNE DES CES RUBRIQUES ». Si, dans le dossier clinique, vous disposez d'informations plus détaillées pour enregistrer un diagnostic plus précis que ceux que propose la liste de la section I2, cochez en I2 la case appropriée puis entrez en I3, le diagnostic détaillé (avec les codes de CIM-10).

EXEMPLE

Codes de la Classification internationale des maladies (CIM 10) pour les maladies listées à la section I2

Maladies	Code CIM-10
Infection résistant aux antibiotiques	B99
Clostridium difficile	A98
Conjonctivite	H10-9
Séropositif (sida)	Z21
Pneumonie	J18
Septicémie (SAI[1])	A41-9
Maladies sexuellement transmissibles	A50-A64
Tuberculose pulmonaire non spécifiée	A-15
Infection des voies urinaires	M39-0
Hépatite virale	B19-9
Blessure infectée	T79-3

1. Sans autre indication.

3. AUTRES DIAGNOSTICS ACTUELS (AVEC CODE CIM-10)

Objectif : Identifier d'autres problèmes de santé du résident que ceux qui sont énumérés dans les rubriques I1 et I2 et qui ont une incidence sur son état fonctionnel, son comportement, les traitements qu'il reçoit, les soins infirmiers et le pronostic vital. Permet également de préciser la désignation d'une maladie mentionnée dans une catégorie générale aux items **I1** et **I2**.

Codage : Notez le diagnostic à la ligne prévue à cet effet. Pour chaque diagnostic, notez le code CIM-10 dans les cases correspondantes à droite de la ligne. Si cette information ne se trouve pas dans le dossier médical, consultez la version complète la plus récente de la CIM-10.

La personne désignée pour noter ces codes devrait avoir une bonne connaissance de ce système de classification, elle devrait être formée en conséquence (par exemple, une des personnes chargées de la tenue des dossiers médicaux ou le médecin consultant de l'établissement). Cette personne signera également en **R2**, en précisant par là que ces codes ont été enregistrés. Il est indispensable d'utiliser la version officielle de la Classification internationale des maladies.

Section J.

Problèmes de santé

1. PROBLÈMES DE SANTÉ

Objectif : Enregistrer les problèmes ou les symptômes qui affectent ou pourraient affecter la santé ou l'état fonctionnel du résident, et identifier les facteurs de risque de maladie, d'accident ou de détérioration de son état fonctionnel.

Définitions :

Indicateurs d'état hydrique

Il est souvent difficile de percevoir quand une personne âgée fragile et atteinte de maladies chroniques souffre soit d'une surcharge hydrique susceptible de hâter une insuffisance cardiaque soit, au contraire, de déshydratation. Les moyens de suivre ce problème, particulièrement pour les résidents incapables de reconnaître ou de signaler les symptômes habituels de variation de l'état hydrique, sont les suivants :

a. Gain ou perte de poids de 1,5 kg ou plus au cours des 7 derniers jours.
Ceci ne peut être déterminé que pour les résidents qui sont pesés de la même manière au moins toutes les semaines. Cependant, la majorité des résidents n'ont pas besoin d'être pesés aussi fréquemment et, pour ces résidents, vous ne pourrez déterminer s'il y a eu perte ou gain de poids de 1,5 kg ou plus. Dans ce cas, laissez cet item en blanc.

b. Ne peut s'étendre (pour cause de dyspnée).
Le résident est mal à l'aise quand il est étendu sur le dos. Il a besoin de plusieurs oreillers ou que la tête de son lit soit relevée mécaniquement pour avoir suffisamment d'air. Ce symptôme apparaît souvent lors de surcharge hydrique. Si le résident présente de la dyspnée alors qu'il n'est pas couché à plat, cochez aussi l'item **J1L** « Dyspnée ». Si le résident n'a pas de dyspnée quand il est relevé (par exemple, il est à l'aise avec 2 oreillers ou assis), **ne cochez pas** l'item **J1L**.

c. Déshydratation (l'élimination excède l'absorption de liquide).
Cochez cet item si le résident présente 2 ou plus des signes suivants :

- Le résident absorbe moins des 2 500 ml de liquide recommandés chaque jour (eau ou autres boissons et eau contenue dans les aliments).

- Le résident présente des signes cliniques de déshydratation.
- Les pertes liquidiennes du résident (par exemple, pertes par vomissements, fièvre, diarrhée) dépassent les quantités de liquide qu'il ou elle absorbe.

d. Absorption hydrique insuffisante (n'a pas absorbé tout ou partie des boissons offertes durant les 3 derniers jours).
Ces liquides comprennent eau, jus de fruits, café, eau gélifiée, soupes, etc.

Autres

e. Idées délirantes.
Le résident soutient des idées fixes et fausses, que les autres ne partagent pas, même s'il existe des preuves évidentes du contraire (par exemple, il croit qu'il est à l'article de la mort, que son conjoint le trompe, que la nourriture servie dans l'établissement est empoisonnée).

f. Étourdissements, vertiges.
Le résident ressent une sensation d'instabilité, a l'impression de tourner ou que tout tourne autour de lui.

g. Œdème.
Accumulation excessive de liquide dans les tissus, localisée ou systémique. Inclut tous les types d'œdème (par exemple, stase cardiaque ou pulmonaire, œdème de dénutrition).

h. Fièvre.
On considère que dans la population de personnes âgées en établissement d'hébergement et de soins de longue durée, une température rectale supérieure à 38° est révélatrice d'un état fiévreux. Beaucoup de personnes âgées fragiles ont une température rectale habituelle plus basse (36/36,2 °C, par exemple). On considère qu'on est en présence de fièvre lorsque la température du résident est supérieure de 1,5 °C à sa température habituelle.

i. Hallucinations.
Fausses perceptions survenant en l'absence de stimuli réels. Une hallucination peut être auditive (par exemple, entendre des voix), visuelle (par exemple, voir des personnes, des animaux), tactile (par exemple, sentir des insectes courir sur sa peau), olfactive (sentir des émanations toxiques) ou gustatives (par exemple, ressentir des goûts insolites).

j. Hémorragie interne.
Le saignement peut être visible (sang rouge vif) ou occulte (présence de sang à l'hémocult). Les signes cliniques comprennent des selles noires, goudronneuses, des vomissements « marc de café », une hématurie (sang dans l'urine), une hémoptysie (crachements de sang) et une épistaxis (saignement de nez) sévère.

k. Aspirations bronchiques répétées au cours des 90 derniers jours.
Indiquez les dates. Survient souvent chez les résidents qui ont des difficultés à avaler ou ont une alimentation par sonde (reflux œsophagien du contenu de l'estomac). Les signes cliniques comprennent toux productive, essoufflement, respiration sifflante. Pour cocher cet item, il n'est pas nécessaire d'avoir une preuve radiologique d'aspiration bronchique.

l. Essoufflement, dyspnée.
Difficulté pour respirer (dyspnée) survenant au repos, à l'effort ou du fait d'une maladie ou d'anxiété. Si le résident présente de la dyspnée quand il est couché à plat, cochez aussi l'item **J1b** (« Ne peut s'étendre pour cause de dyspnée »).

m. Syncope (évanouissement).
Perte de conscience momentanée, caractérisée par une absence de réaction et la perte du tonus musculaire, avec rétablissement spontané.

n. Démarche mal assurée.
Démarche qui entraîne pour le résident un risque de chute. Une démarche mal assurée peut se présenter sous de nombreuses formes. Le résident peut sembler instable ou marcher en oscillant. D'autres démarches peuvent être incoordonnées ou saccadées. « Démarche mal assurée » comprend, par exemple, une démarche rapide avec de grands mouvements brusques, une démarche anormalement lente avec des pas traînants ou une démarche avec élargissement du polygone de sustentation, avec des arrêts et des pas hésitants.

o. Vomissements.
Rejet du contenu de l'estomac, quelle qu'en soit la cause (par exemple, psychologique, toxicité médicamenteuse, grippe).

Procédure : Demandez au résident s'il a ressenti un des symptômes précédents durant les 7 derniers jours. Examinez le dossier (y compris le plan de soins) et consultez les membres de l'équipe. Si le résident n'est pas capable de répondre lui-même, consultez les membres de sa famille. Il est possible qu'un résident ne se plaigne pas d'un symptôme, ni au personnel, ni à d'autres personnes, parce qu'il l'attribue à son « grand âge ». Cependant, il est important d'interroger et d'observer directement (si possible) le résident, car il est souvent possible de remédier à de tels problèmes.

Codage : Cochez tous les problèmes qui sont apparus pendant les 7 derniers jours, à moins d'indications contraires (par exemple, 90 jours pour l'aspiration bronchique). Si rien ne s'applique, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

2. DOULEUR

Objectif : Enregistrer la fréquence et l'intensité des signes ou symptômes de douleur. Lors de l'élaboration du plan de soins, cet item pourra être utilisé pour identifier la présence de douleur aussi bien que pour suivre la réaction du résident aux interventions visant à la soulager.

Définitions : • **Douleur.**
Dans le MDS, « douleur » renvoie à la douleur physique ou gêne à une partie quelconque du corps. La douleur peut être localisée ou plus étendue. Elle peut être aiguë ou chronique, continue ou intermittente (« elle va et vient »), survenir au repos ou lors d'un mouvement. Le ressenti de la douleur est très subjectif : la douleur est ce que le résident dit être douloureux.

• **Manifestation de douleur.**
Elle dépend de l'observation des autres (par exemple, grimaces) soit parce que le résident ne se plaint pas oralement, soit parce qu'il ne peut verbaliser sa souffrance.

Procédure : Demandez au résident s'il a souffert de douleurs au cours des 7 derniers jours. Demandez-lui de décrire cette douleur. Si le résident affirme qu'il a souffert, croyez-le sur parole. La douleur est une expérience subjective. Observez aussi les manifestations de douleurs que peut présenter le résident. Elles comprennent les gémissements, cris et autres expressions vocales, les tressaillements, froncements de sourcils ou autres expressions du visage ; des postures visant à protéger ou soulager une partie du corps, une position couchée dans une quasi-immobilité ou la diminution des activités habituelles.

Chez certains résidents, la douleur peut être très difficile à discerner. Par exemple, pour les résidents atteints de démence qui ne peuvent exprimer par la parole leur souffrance, les symptômes de douleur peuvent se manifester par des comportements particuliers tels que des appels au secours, des expressions douloureuses du visage, le refus de manger ou le fait de frapper la personne qui tente de les faire bouger ou de toucher certaines parties de leur corps. Bien que de tels comportements n'indiquent pas uniquement la douleur, mais puissent aussi être signe de multiples problèmes, codez la fréquence et l'intensité de ces symptômes si, selon votre expérience clinique, il vous paraît possible que ce comportement indique que le résident souffre.

Demandez aux personnels en contact direct avec le résident (par exemple, aides-soignantes ou kinésithérapeutes qui travaillent auprès de lui) s'il s'est plaint ou a montré des signes de douleur au cours de la semaine précédente.

Codage : Codez le plus haut niveau de douleur présent au cours des 7 derniers jours. Si le résident n'a pas de douleurs, codez **0** (« Aucune douleur ») et passez à l'item **J4**.

a. Fréquence à laquelle le résident se plaint ou montre qu'il a mal. Codez :

0. Aucune douleur (sauter à l'item J4)
1. Douleur moins que quotidienne
2. Douleur quotidienne

b. Intensité de la douleur. Sévérité de la douleur décrite ou montrée par le résident. Codez :

1. Douleur légère.
Bien que le résident souffre de douleur (« un peu »), il est habituellement capable de continuer à assurer la routine quotidienne, entretenir des relations sociales et de dormir.

2. Douleur modérée.
Le résident souffre d'une douleur « moyennement intense ».

3. Douleur par moments atroce ou insupportable.
Des douleurs de ce type se répercutent généralement sur la routine quotidienne, les relations sociales et le sommeil.

Codez selon votre meilleur sens clinique. Si vous avez des difficultés pour déterminer la fréquence exacte ou l'intensité de la douleur, codez au niveau le plus élevé.

Explication : généralement, il sera nécessaire d'entreprendre des évaluations plus poussées pour les résidents qui souffrent de douleurs afin d'en déterminer la cause et de trouver des moyens pour améliorer leur confort. Vous ne devez jamais manquer une occasion de soulager la douleur. Le contrôle de la douleur permet souvent une réadaptation, une amélioration de la vie sociale et davantage d'activité.

EXEMPLES

Codage de la douleur	Fréquence	Intensité
• Mme G. présente une faible mémoire à court et long terme et une détérioration moyenne des fonctions cognitives. Une fois au cours des 7 derniers jours, elle a demandé à l'infirmière « une pilule pour faire partir mes douleurs ». Le relevé des médicaments montre qu'elle a reçu de l'aspirine tous les soirs. L'infirmière affirme qu'habituellement Mme G. se frotte la hanche gauche quand elle demande sa pilule. Mais quand vous interrogez Mme G. au sujet de ses douleurs, elle vous dit qu'elle va bien et qu'elle n'en a pas. ***Explication :*** il apparaît que Mme G. a oublié qu'elle avait déclaré souffrir au cours des 7 derniers jours. Une bonne expérience clinique incite à un codage qui correspond à une douleur modérée quotidienne.	**2**	**1**
• M.T. n'a pas de problèmes cognitifs. Il va et vient, participe à ses soins personnels, à des activités sociales et des distractions. Pendant la dernière semaine, il a été souriant, occupé et actif. Lors du passage de la garde de nuit, il semblait dormir. Cependant, quand vous lui demandez comment il va, il vous dit qu'il a eu d'horribles crampes aux jambes chaque nuit. Il s'est seulement reposé, mais se sent fatigué au lever. ***Explication :*** bien que M.T. semble à son aise aux yeux du personnel, il vous parle de ses terribles crampes. Votre meilleur jugement clinique pour coder cet item sera d'inscrire un code correspondant à ce qu'il vous a dit. Il est hautement probable que M.T. aura besoin d'une évaluation approfondie.	**2**	**3**

3. TOPOGRAPHIE (LIEU) DE LA DOULEUR

Objectif : Enregistrer la localisation de la douleur telle qu'elle est décrite par le résident ou perçue à partir de tests physiques ou de laboratoire. Il est quelquefois difficile de pointer exactement le siège de la douleur, particulièrement si le résident est incapable d'en décrire la sensation et le lieu exact en détail. L'objectif de cet item est d'aider les résidents et les soignants à commencer l'évaluation de la douleur en la localisant, avant le début de l'élaboration d'un plan de soins adapté et efficace pour améliorer le confort du résident.

Définitions :

a. Douleur au dos.
Douleur localisée ou généralisée à n'importe quelle partie du rachis (cou, dos ou région lombaire).

b. Douleur osseuse.
Survient généralement lors de métastases cancéreuses. La douleur est généralement plus forte lors d'un mouvement, mais elle peut aussi être présente au repos. Elle peut être sensible et localisée ou bien assez imprécise, diffuse.

c. Douleur à la poitrine lors d'activités normales.
Le résident souffre d'une certaine douleur dans la région de la poitrine qui peut être décrite comme une sensation de brûlure, d'oppression, de coup de poignard ou de vague malaise, etc. Les « activités normales » sont celles que le résident pratique couramment, autrement dit les activités habituelles pour lui. Elles peuvent se limiter, par exemple, à une faible participation à sa toilette et à son habillage, à de courts déplacements de son fauteuil aux toilettes.

d. Maux de tête.
Le résident se plaint d'avoir mal à la tête ou en montre des signes : il se tient ou se frotte la tête par exemple.

e. Douleur à la hanche.
Douleur localisée à la région de la hanche. Peut survenir au repos ou lors d'un mouvement.

f. Douleur à une incision.
Le résident se plaint ou montre des signes évidents de douleur à l'emplacement d'une récente incision chirurgicale.

g. Douleur articulaire (autre que la hanche).
Le résident se plaint ou montre des signes évidents de gêne à une ou plusieurs articulations, au repos ou lors d'un mouvement.

h. Douleur des tissus mous.
Douleur superficielle ou profonde dans un muscle ou un tissu autre qu'un os. Ceci inclut, par exemple, crampes abdominales, maux de ventre, gêne rectale, douleur aux mollets, douleur liée à une blessure.

i. Au ventre (estomac).
Le résident se plaint ou montre des signes évidents de douleur ou gêne dans le quart supérieur gauche de l'abdomen.

j. Autre.
Le résident se plaint ou montre des signes évidents de douleur localisée ou diffuse dans une autre région du corps. Par exemple, douleurs et maux divers, « j'ai mal partout », etc.

Procédure : Interrogez le résident et observez les signes de douleur. Consultez les membres du personnel. Reportez-vous au dossier clinique. Appuyez-vous sur votre expérience clinique.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique au cours des 7 derniers jours. Si le résident souffre de douleurs dans la bouche, cochez l'item **K1c** de la section K (« État buccal et nutritionnel »).

4. ACCIDENTS

Objectif : Déterminer le risque pour le résident de chuter ou de se blesser dans le futur. Les chutes sont une cause fréquente de morbidité et de mortalité dans les établissements pour personnes âgées. Les résidents qui ont déjà chuté une fois risquent de chuter à nouveau dans le futur. Chaque année, la moitié environ de tous les résidents tombent. Six chutes sur dix entraînent des blessures sérieuses. Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur constituent la moitié des blessures graves.

Définitions : **a et b. Chute durant les 30 derniers jours ou chute entre 31 et 180 jours** (1 ou 6 mois). Notez-en la date.

c. Fracture de l'extrémité supérieure du fémur dans les 180 derniers jours (6 derniers mois). Notez-en la date.

d. Autre fracture dans les 180 derniers jours.
Toute fracture autre que celle de l'extrémité supérieure du fémur. Notez-en la date.

Procédure : • **Résident nouvellement admis.**
Consultez le résident, sa famille, le médecin traitant. Examinez les documents de transfert.

• **Anciens résidents** (de plus de 3 mois).
Consultez le dossier (y compris les rapports d'accidents, le plan de soins et les résumés mensuels). Cependant, ne vous fiez pas seulement au dossier : il arrive parfois qu'un résident tombe, se relève, croyant qu'il a « juste trébuché », et n'en parle à personne. Demandez donc aussi directement au résident s'il est tombé pendant la durée indiquée pour l'évaluation.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Si ce problème n'existe pas, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

5. STABILITÉ DES PROBLÈMES

Objectif : Déterminer si les maladies ou les problèmes de santé du résident, présents au cours des 7 derniers jours, sont aigus, instables ou se sont aggravés.

Définitions : **a. Instable, précaire, détérioré.**
Signifie la nature changeante et variable du problème du résident. Par exemple, un résident peut présenter une réaction variable à l'intensité de la douleur et à l'effet des analgésiques. Les « bons jours », au cours des 7 derniers jours, il participe aux AVQ, est de bonne humeur et prend plaisir à ses activités de loisir préférées. Les « mauvais jours », il sera dépendant des autres pour ses soins personnels, agité, il criera, etc. De plus, ces états d'instabilité rendent compte du degré de difficulté pour réaliser un équilibre entre les traitements des divers problèmes.

b. Épisode aigu.
Le résident présente les symptômes d'un problème de santé aigu (par exemple, nouvel infarctus, réaction secondaire à un médicament, grippe), d'un problème aigu récurrent (par exemple, infection pulmonaire, infection urinaire) ou d'un épisode aigu d'une maladie chronique (par exemple, dyspnée, œdème et confusion chez un résident présentant une insuffisance cardiaque ; gonflement et douleur articulaire aiguë chez un résident souffrant d'arthrose depuis plusieurs années). Généralement, l'apparition d'un épisode aigu est brutale et sa durée limitée. Cela exige une évaluation médicale et une augmentation importante de surveillance par une infirmière diplômée.

c. Maladie en phase terminale (6 mois au plus à vivre).
Le résident a une maladie en phase terminale et le médecin a déclaré qu'il n'a que 6 mois au plus à vivre. Cet avis doit être accompagné d'un diagnostic de maladie et d'une observation clinique de la détérioration clairement documentés.

Procédure : Observez le résident. Consultez les membres du personnel, en particulier son médecin. Reportez-vous à son dossier.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique aux 7 derniers jours. Si rien ne s'applique, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

EXEMPLES

Concernant la stabilité des problèmes

- Mme M. est diabétique. Son état exige au minimum une fois par jour un test de la glycémie pour doser l'administration de l'insuline. Elle devient confuse lorsqu'elle est en hypoglycémie. **Cochez a. pour « État instable, fluctuant, précaire ou détérioration ».** Si la même personne diabétique avait en plus une pneumonie pendant la période d'évaluation, **vous cocheriez a. pour « Instable » et b. pour « Aigu ».**
- Mlle F. allait bien et était prête à retourner dans son appartement dans une résidence pour personnes âgées quand elle a attrapé une grippe. Actuellement, elle est légèrement fiévreuse, a « mal partout », présente des signes respiratoires de toux productive et une congestion nasale. Bien qu'elle ait été alitée quelques jours, il n'y a pas eu de changement dans ses AVQ ni dans son humeur. Elle se prépare à sortir dans quelques jours. **Cochez b. pour « Aigu ».**
- Mme T. a été admise dans l'unité avec un diagnostic d'insuffisance cardiaque chronique. Au cours des quelques mois précédents, elle a été admise 3 fois à l'hôpital pour insuffisance cardiaque aiguë. Son cœur s'est affaibli de façon importante malgré un traitement intense avec médicaments et oxygène. Son médecin lui a parlé de la détérioration de son état et a informé sa famille ; il a présenté des arguments sérieux selon lesquels le pronostic de survie au-delà de deux mois est faible. **Cochez c. pour « Maladie en phase terminale ».**
- M. R est diabétique. Il reçoit 20 unités d'insuline par jour. On ne lui fait qu'une glycémie de surveillance par mois et il n'a aucune maladie aiguë**. Cochez d. pour « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».**

Section K.

État buccal et nutritionnel

1. PROBLÈMES BUCCAUX

Objectif : Enregistrer les problèmes buccaux existant au cours des 7 derniers jours.

Définitions : **b. Problèmes de déglutition.**
Manifestations cliniques comprenant le fait de s'étouffer fréquemment, de tousser en mangeant ou en buvant, de garder la nourriture dans la bouche trop longtemps ou de trop saliver.

c. Douleurs dans la bouche.
Toute douleur ou gêne en quelque endroit de la bouche, quelle qu'en soit la cause. Les manifestations cliniques incluent le fait de ne manger que d'un seul côté, de refuser de manger, de refuser nourriture ou liquides à une certaine température (chaude ou froide).

Procédure : Demandez au résident s'il a des problèmes dans cette partie du corps. Observez-le pendant les repas. Examinez sa bouche à la recherche d'anomalies qui pourraient contribuer à des problèmes de mastication, de déglutition ou de douleur buccale.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Si rien ne s'applique, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES »

2. TAILLE ET POIDS

Objectif : Enregistrer le poids et la taille actuels afin de suivre l'état nutritionnel et hydrique dans la durée. Se donner aussi les moyens de suivre la stabilité du poids au long cours. Par exemple, on peut s'attendre à ce que la prise de diurétiques entraîne une perte de poids chez un résident qui avait un œdème. La perte de poids peut aussi résulter d'une prise d'aliments insuffisante, ou d'une alimentation correcte accompagnée de la participation récente à un programme de remise en forme.

a. Taille

Procédure :
- **Résident récemment admis (*moins de 3 mois*[1]).** Mesurez la taille en centimètres.
- **Résident ancien.** Vérifiez le dossier clinique. Si la dernière taille enregistrée date de plus d'un an, mesurez à nouveau le résident.

Codage : Arrondissez au centimètre le plus proche. Mesurer toujours la taille de la même façon, selon les habitudes du service (sans chaussure, etc.).

b. Poids

Procédure :
- Consultez le dossier. Si le poids noté date de plus d'un mois ou n'a pas été noté du tout, pesez le résident. S'il est pesé plus d'une fois par mois, considérez le dernier poids noté.
- Mesurez toujours le poids dans des conditions identiques, selon les habitudes du service (après avoir uriné, avant le repas, etc.).

Codage : Arrondissez le poids au demi-kilo.

3. CHANGEMENT DE POIDS

Objectif : Enregistrer les variations de poids au cours du temps.

a. Perte de poids

Définition : **Perte de poids en pourcentage** (par exemple, 5 % ou plus au cours des 30 derniers jours ou 10 % ou plus au cours des 180 derniers jours).

Procédure :
- **Résident nouvellement admis (moins de 3 mois).**
  Renseignez-vous auprès du résident ou de sa famille sur les variations de son poids au cours des 30 et 180 derniers jours. Consultez le médecin, reportez-vous aux documents de transfert et comparez avec le poids à l'admission. Calculez le pourcentage de poids perdu durant les périodes déterminées.
- **Résident ancien.**
  Reprenez le dossier et comparez le poids actuel avec les poids notés il y a 30 et 180 jours. Calculez la perte de poids en pourcentage sur les périodes de temps indiquées.

Codage : Notez le code **0** pour **« Non »** ou **1** pour **« Oui »**. Si vous ne disposez pas d'un poids antérieur pour faire la comparaison, notez **« NSP »** pour « Ne sait pas » ou un tiret entre parenthèses : **(–)**.

b. Gain de poids

Définition : **Gain de poids en pourcentage** (par exemple, 5 % ou plus au cours des 30 derniers jours ou 10 % ou plus au cours des 180 derniers jours).

---

1. *NdT :* précision ajoutée lors de la traduction française.

Procédure : • **Résident nouvellement admis (moins de 3 mois [2]).**
Renseignez-vous auprès du résident ou de sa famille sur les variations de poids au cours des 30 et des 180 derniers jours. Consultez le médecin, reportez-vous aux documents de transfert et comparez avec le poids à l'admission. Calculez le pourcentage de poids gagné durant les périodes déterminées.

• **Résident ancien.**
Reprenez le dossier et comparez le poids actuel avec les poids notés il y a 30 et 180 jours. Calculez le gain de poids en pourcentage sur les périodes de temps indiquées.

Codage : Notez le code **0** pour **« Non »** ou **1** pour **« Oui »**. Si vous ne disposez pas d'un poids antérieur pour faire la comparaison, notez **« NSP »** pour « Ne sait pas » ou un tiret entre parenthèses : **(–)**.

4. PROBLÈMES NUTRITIONNELS

Objectif : Identifier les problèmes spécifiques, les signes et les facteurs de risque d'un déclin fonctionnel présents au cours des derniers jours qui pourraient indiquer une atteinte réelle ou potentielle de la santé ou de l'état fonctionnel du résident. De tels problèmes sont souvent réversibles et l'état du résident peut être amélioré.

Définitions : **a. Se plaint à propos du goût des aliments.**
Des problèmes de santé ou des médicaments peuvent agir sur le sens du goût. Les plaintes peuvent aussi avoir une origine culturelle, par exemple, une personne habituée à une nourriture épicée trouvera insipide la nourriture de l'établissement.

b. Se plaint régulièrement d'avoir faim.
La plupart du temps (au moins 2 jours sur 3), le résident demande un supplément de nourriture ou se plaint de façon répétée d'avoir faim (même après le repas).

c. Laisse plus de 25 % de la nourriture à la plupart des repas.
Mange moins des trois quarts de la nourriture (même si on lui offre quelque chose d'autre) à au moins 2 repas sur 3 par jour.

Procédure : Consultez le dossier (y compris le plan de soins en cours), les feuilles de bilan nutritionnel ou de bilan hydrique, les notes et évaluations de la diététicienne. Discutez avec les soignants proches et la diététicienne. Demandez au résident s'il a souffert d'un de ces symptômes au cours des 7 derniers jours. Parfois le résident ne s'en plaindra pas au personnel parce qu'il les attribue à son « grand âge ». Il est cependant important de l'interroger directement. Observez-le quand il mange. S'il laisse sa nourriture ou la chipote (mange du bout des dents), demandez-lui : « Pourquoi ne mangez-vous pas ? » Notez si le résident montre des signes de répulsion ou fait des grimaces en mangeant.

Codage : Cochez tous les problèmes qui s'appliquent. Si aucun ne s'applique, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

5. TYPE D'ALIMENTATION

Définitions : **a. Parentérale intraveineuse (IV).**
Liquides ou substituts alimentaires donnés par voie intraveineuse (IV) de manière continue ou intermittente. Cette catégorie comprend aussi l'administration de solutés par voie intra-

2. *NdT :* précision ajoutée lors de la traduction française.

veineuse en continu ou discontinue. **Cette catégorie ne comprend pas** les médicaments intraveineux. Si le résident reçoit un traitement par voie intraveineuse, cochez l'item **P1c** à la section P (« Procédures et traitements spéciaux »).

b. Alimentation par sonde.
Présence de tout genre de sonde qui permet d'introduire de la nourriture, des liquides ou des médicaments directement dans le tube digestif. Par exemple, mais pas uniquement, sonde nasogastrique, gastrostomie, jéjunostomie, gastrostomie percutanée par voie endoscopique.

c. Alimentation hachée ou mixée.
Nourriture spécialement préparée pour présenter une consistance qui facilite l'ingestion (par exemple, mais pas uniquement, attendrissement, hachage ou mixage de la viande). Les régimes pour les résidents qui ne peuvent prendre que des liquides épaissis pour éviter les étouffements sont inclus dans cette définition.

d. Alimentation à la seringue par voie orale.
Utilisation d'une seringue pour donner à boire ou une nourriture liquide directement dans la bouche.

e. Régime diététique.
Régime commandé pour traiter un problème de santé. Ceci inclut par exemple, régime hyper ou hypo-calorique, régimes sans sel, sans lactose, sans sucre ou adjonction d'un supplément au cours du repas.

f. Supplément diététique entre les repas.
Tout type de supplément diététique (boisson hautement caloriques, supplément protidique, collation pour diabétique insulino-dépendant). Ne comprend pas les collations servies habituellement pour tout le monde dans l'unité.

g. Moyens auxiliaires.
Tout équipement spécialisé facilitant la participation du résident à un repas normal (fixe-assiette, gobelet stabilisé, etc.).

h. Programme de changement de poids.
Le résident suit un programme dont le but explicite est de faciliter le gain ou la perte de poids (par exemple, doubles portions, suppléments riches en calories, 10 grammes de beurre).

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Si rien ne s'applique, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

6. ALIMENTATION PARENTÉRALE OU EXTERNE

Si ni K5a ni K5b ne sont cochés, passez directement à la section L.

Objectif : Enregistrer la proportion de calories reçues et la quantité moyenne de liquides absorbée par voie parentérale ou par sonde, au cours des 7 derniers jours.

a. Apport de calories

Définition : **Proportion du total des calories reçues.** Proportion de toutes les calories ingérées au cours des 7 derniers jours que le résident a réellement reçues (non pas celles prescrites) par voie parentérale ou par sonde. Elle est déterminée par calcul.

Procédure : Revoir le relevé des apports. Si le résident ne prend ni nourriture ni liquide par la bouche ou ne prend que quelques gouttes de liquide, arrêtez-vous ici et codez **4** (76-100 %). S'il en reçoit plus, consultez la diététicienne qui peut calculer le nombre de calories reçues par sonde ou voie parentérale.

Codage : Codez la meilleure réponse :
0. Aucune
1. de 1 à 25 %
2. de 26 à 50 %
3. de 51 à 75 %
4. de 76 à 100 %

EXEMPLE

Calcul de la proportion du total de calories ingérées par voie intraveineuse ou sonde

- M. H est nourri par sonde depuis son opération. Il est actuellement plus alerte et se sent beaucoup mieux. Il désire vivement qu'on lui enlève sa sonde. Il prenait des aliments mous par la bouche, mais seulement en quantités faibles ou moyennes. Depuis la semaine dernière, il reçoit un supplément par sonde. Comme son alimentation orale augmente, les quantités reçues par sonde doivent décroître. La diététicienne a calculé le total des calories quotidiennes ainsi :

• Étape 1 :

Jour	Voie orale	Sonde
Dimanche	500	+ 2 000
Lundi	250	+ 2 250
Mardi	250	+ 2 250
Mercredi	350	+ 2 250
Jeudi	500	+ 2 000
Vendredi	800	+ 1 800
Samedi	800	+ 1 800
Total	**3 450**	**+ 14 350**

• Étape 2 : Total des calories : 3 450 + 14 350 = 17 800

• Étape 3 : Calculez le pourcentage de calories reçues par sonde.

$\frac{14\,350}{17\,800} \times \frac{X}{100}$ (Multipliez le total des calories reçues par sonde par 100 puis divisez par le nombre total de calories.)

= 1 435 000 divisés par 17 800 = **80,6 %** des calories reçues l'ont été par sonde

• Étape 4 : Codez 4 pour « Entre 76 et 100 % ».

b. Absorption moyenne de liquide

Définition : La quantité moyenne de liquide ingérée par voie intraveineuse ou par sonde par jour au cours des 7 derniers jours se réfère à la quantité réelle reçue par ces voies (non à la quantité prescrite).

Procédure : Reportez-vous au relevé des entrées et sorties pour les 7 derniers jours. Additionnez le total des quantités de liquide reçues chaque jour par IV ou par sonde. Divisez la quantité absorbée totale par 7. Ceci vous donnera l'absorption moyenne de liquide par jour.

Codage : Codez le nombre moyen de millilitres (ml) de liquide que le résident a reçu chaque jour par voie intraveineuse ou par sonde :
0. Aucune
1. 1 à 500 ml par jour
2. 501 à 1 000 ml par jour
3. 1 001 à 1 500 ml par jour
4. 1 501 à 2 000 ml par jour
5. 2 001 ml par jour ou plus

EXEMPLE

Calcul de l'absorption moyenne de liquide par jour

- Mme A. avale difficilement car elle est atteinte de chorée d'Hutchinson. Elle est capable de boire un peu de liquide, sous surveillance, mais pas suffisamment pour une bonne hydratation. Au cours des 7 derniers jours, elle a reçu par sonde, les quantités suivantes de liquide en supplément (ceci inclut eau, suppléments nutritionnels, jus de fruits).

  • Étape 1 :

Dimanche	1 250 ml
Lundi	775 ml
Mardi	952 ml
Mercredi	1 200 ml
Jeudi	1 200 ml
Vendredi	1 200 ml
Samedi	1 000 ml
Total	**7 550 ml**

  • Étape 2 : $\frac{\textbf{7 550}}{\textbf{7}} = \textbf{1 078,6 ml}$

  • Étape 3 : Codez 3 pour « Entre 1 001 et 1 500 ml par jour ».

Section L.

État bucco-dentaire

1. ÉTAT BUCCAL ET PRÉVENTION

Objectif : Connaître l'état de la bouche et des dents du résident, et tout problème lié à cet état.

Définition : **d. Caries.**
S'applique aux dents abîmées, cassées ou cariées.

Procédure : Interrogez le résident et examinez sa bouche. Demandez aux soignants proches du résident s'ils ont remarqué un problème quelconque. Consultez le dossier.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Si rien ne s'applique, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

Section M.

Problèmes de peau

Objectif : Déterminer l'état de la peau du résident, identifier la présence, le stade, le type et le nombre d'ulcères et repérer tout autre problème cutané. Noter, en plus, tous les soins que le résident a reçus au cours des 7 derniers jours pour des problèmes concernant la peau ou les pieds, qu'il s'agisse de traiter des problèmes en cours ou à titre de prévention ou de protection.

1. ULCÈRES QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE

Objectif : Indiquer le nombre d'ulcères, quel qu'en soit le stade, sur n'importe quelle partie du corps.

Définitions :

- **Stade 1.**
  Zone de rougeur persistante sur la peau (sans lésion) qui ne disparaît pas quand le point de pression est supprimé.
- **Stade 2.**
  Altération superficielle (amincissement) de la peau qui se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une plaie peu profonde.
- **Stade 3.**
  Lésion cutanée exposant les tissus sous-cutanés, sous la forme d'une plaie profonde, avec ou sans atteinte des tissus adjacents.
- **Stade 4.**
  Lésion des tissus cutanés et sous-cutanés exposant les muscles ou les os.

Procédure : Examinez le dossier du résident et interrogez l'aide-soignante sur la présence d'ulcère. Examinez le résident et déterminez le stade et le nombre de tous les ulcères existants. Sans un examen soigneux de tout le corps, on peut négliger d'en détecter un.

Évaluer un ulcère au stade 1 demande que l'on porte une attention spéciale aux résidents à la peau sombre pour tenir compte des variations de ce type de peau. Pour reconnaître un ulcère de stade 1 dans cette population, recherchez :

1. tout changement de sensation à la surface des tissus des zones à haut risque ;
2. tout changement d'apparence de la peau dans les zones à haut risque, tel que l'aspect en « peau d'orange » ;
3. une légère coloration rouge ;
4. des zones extrêmement sèches, croûteuses dont un examen approfondi montre qu'elles recouvrent une lésion du tissu.

Codage : Enregistrez le nombre d'ulcères de chaque stade sur le corps du résident, au cours des 7 derniers jours, quelle qu'en soit la cause. En présence d'un ulcère nécrosé, empêchant une évaluation correcte du stade, codez-le comme Stade 4 jusqu'à ce qu'il ait été débridé (manuellement ou chirurgicalement) de façon à permettre cette évaluation. En l'absence de tout ulcère d'un stade donné, notez **0** dans la case correspondante. S'il y a plus de 9 ulcères d'un même stade, notez **9** dans la case appropriée.

EXEMPLE

Nombre d'ulcères

- Mme L. a un cancer métastasé au stade terminal et pèse 38 kg. Elle souffre d'une escarre de stade 3 au sacrum et de deux escarres de stade 1 aux talons.

	Stade	Code
M1a.	Stade 1	**2**
M1b.	Stade 2	**0**
M1c.	Stade 3	**1**
M1d.	Stade 4	**0**

2. TYPE D'ULCÈRES

Objectif : Établir le stade de développement le plus élevé pour les deux types d'ulcère, ulcère de décubitus (escarre) et ulcère de stase existant au cours des 7 derniers jours.

Définitions : **a. Ulcère de décubitus (escarre).**
Toute lésion due à la pression endommageant les tissus sous-jacents. Aussi désignée par l'expression « ulcère de pression ».

b. Ulcère de stase (variqueux).
Lésion ouverte, habituellement des membres inférieurs, causée par une circulation sanguine diminuée secondaire à une insuffisance veineuse chronique. Aussi désignée par l'expression « ulcère variqueux » ou ulcère lié à une maladie vasculaire périphérique.

Procédure : Voyez le dossier et interrogez les soignants. Consultez le médecin sur la cause de l'ulcère.

Codage : Utilisez l'échelle des stades de l'item **M1** pour noter le stade le plus élevé des ulcères de décubitus (escarres) ou de stase (« variqueux ») présents au cours des 7 derniers jours. Souvenez-vous qu'il existe d'autres types d'ulcères que les deux types indiqués par cet item (par exemple, les ulcères ischémiques). Un ulcère enregistré à l'item **M1** n'a pas obligatoirement à être codé à l'item **M2** (voir l'exemple ci-dessous).

EXEMPLES

Codification du type d'ulcère

- M. C. est diabétique et a une mauvaise circulation aux extrémités inférieures. Le mois dernier, il a passé 2 mois à l'hôpital pour une amputation au-dessous du genou, car son pied gauche était atteint de gangrène. Son séjour à l'hôpital a été compliqué par un épisode de *delirium* (confusion aiguë) et il a été alité la plupart du temps. Les infirmières ont remarqué qu'il voulait rester couché uniquement sur le dos. Il n'a eu qu'un matelas anti-escarres pour soulager la pression. Un matelas à eau puis un autre à air ont été essayés, mais cela ne faisait qu'aggraver son agitation. Il y a 3 jours, il a été réadmis dans l'établissement avec un ulcère de stade 2 au sacrum et des ulcères de stade 1 au talon droit et aux deux coudes. Il n'y en a pas d'autres.

Type d'ulcère	Code (stade le plus élevé)
a. Ulcère de décubitus	**2**
b. Ulcère de stase	**0**

Explication : le stade le plus élevé des 4 ulcères de décubitus dont souffre M. C. est le stade 2.

- Mme B. a une sténose artérielle à la jambe droite entraînant une circulation artérielle déficiente au pied droit (ischémie). Elle a un seul ulcère de stade 3 sur le dessus du pied droit.

Type d'ulcère	Code (stade le plus élevé)
a. Ulcère de décubitus	**0**
b. Ulcère de stase	**0**

Explication : l'ulcère de Mme B. est un ulcère causé par l'ischémie et non par la pression ou la stase veineuse.

3. ANTÉCÉDENTS D'ULCÈRES TRAITÉS OU GUÉRIS

Objectif : Déterminer si le résident a souffert antérieurement d'ulcères traités ou guéris **au cours des 90 derniers jours.** L'identification d'un tel antécédent est importante parce qu'il augmente le risque d'apparition de nouveaux ulcères.

Codage : Codez **0** pour **« Non »** et **1** pour **« Oui »**.

4. AUTRES PROBLÈMES OU LÉSIONS DE LA PEAU

Objectif : Indiquer les problèmes de peau qui peuvent présenter un risque d'aggravation et noter les types de soins de la peau reçus au cours des 7 derniers jours.

Définitions : **a. Écorchures, contusions (bleus).**
Petites égratignures, ecchymoses, petites zones enflées, sensibles ou de couleur anormale.

b. Brûlures (second ou troisième degré).
Comprend les brûlures quelle qu'en soit la cause (par exemple, chaleur, produits chimiques) à tout stade d'évolution. Cette catégorie ne comprend pas les brûlures au premier degré (simple changement de couleur de la peau).

d. Éruptions.
Comprend toute inflammation de la peau ou éruption incluant changement de couleur, boutons, cloques, etc. ou des symptômes comme démangeaisons, sensation de brûlure ou douleur. Notez toutes les éruptions quelle qu'en soit la cause (par exemple, la chaleur, les médicaments, les microbes ou les virus, le contact avec des substances irritantes telles que l'urine ou les détergents, les allergies, etc.). On rattache aux éruptions (dermatites) l'intertrigo dans les plis de la peau.

e. Peau insensible à la douleur ou à la compression.
Le résident est incapable de percevoir des sensations de douleur ou de compression. Reprenez le dossier du résident à la recherche d'informations sur des altérations de ce type. Une personne dans le coma est un cas exemplaire manifeste de ces problèmes. Les autres résidents à haut risque comprennent les quadriplégiques, paraplégiques ou hémiplégiques, ceux qui sont atteints de maladie vasculaire périphérique ou de troubles neurologiques. En l'absence d'information dans le dossier clinique, la sensibilité peut être testée ainsi :

- Pour tester la sensibilité à la douleur, utilisez une épingle de sûreté neuve à usage unique ou un bâtonnet en bois (comme ceux que l'on utilise pour les soins des ongles). Jetez toujours l'épingle ou le bâtonnet immédiatement après usage pour éviter toute contamination.
- Demandez au résident de fermer les yeux. Si le résident ne peut garder les yeux fermés ou s'il ne peut suivre vos indications, masquez avec votre main ou une serviette ce que vous faites (dans une région localisée des jambes et des pieds).
- Pressez légèrement la pointe de l'épingle ou du bâtonnet sur la peau du résident. Ne pressez pas trop fort pour ne pas lui infliger une douleur, une blessure ou lui trouer la peau. Pour tester la sensibilité sur les bras, le tronc et les jambes, utilisez alternativement l'extrémité pointue et l'extrémité émoussée de l'épingle ou du bâtonnet. Demandez au résident de vous dire s'il éprouve une sensation « exacerbée » ou « émoussée ».
- Comparez la sensibilité de façon symétrique des deux côtés du corps.
- Si le résident ne peut ressentir de sensation ou ne peut différencier « exacerbé » et « émoussé », on considérera la région comme insensible à la douleur.
- Pour les résidents incapables de se faire comprendre ou qui ont des difficultés pour comprendre vos indications, fiez-vous à l'expression de leur visage (par exemple, tressaillement, grimace, surprise), à leurs mouvements (retirer le membre, repousser la personne qui réalise le test) ou à leurs onomatopées (« Ouille ! ») pour déterminer s'ils peuvent ressentir la douleur.
- N'utilisez pas d'épingle de sûreté avec les résidents agités ou toujours en mouvement. Des mouvements imprévus peuvent entraîner des blessures.

f. Coupures ou déchirures de la peau (autres que chirurgicales).
Toute lésion traumatique de la peau qui atteint le tissu sous-cutané. Par exemple, déchirures, lacération, etc.

g. Plaie chirurgicale.
Inclut toute incision chirurgicale qu'elle soit en voie de cicatrisation ou non, ouverte ou fermée, greffes de peau ou emplacement d'un drain sur une partie quelconque du corps. Cette catégorie ne comprend pas les incisions chirurgicales ou les stomies cicatrisées.

Procédure : Demandez au résident s'il éprouve quelque part ce type de problème. Examinez-le. Demandez aux soignants en contact direct avec lui. Reportez-vous à son dossier.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Si rien ne s'applique aux 7 derniers jours, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

5. TRAITEMENTS DE LA PEAU

Objectif : Connaître tout type de traitement générique ou spécifique de la peau que le résident a reçu au cours des 7 derniers jours.

Définitions : **a. Moyens auxiliaires anti-escarres pour chaise.**
Comprend coussin contenant du gel ou de l'air placé sur la chaise ou la chaise roulante.

b. Moyens auxiliaires anti-escarres pour lit.
Comprend les lits fluidisés, matelas d'eau ou à bulles ou les coussinets placés sur le lit.

c. Programme de changement de position.
Programme continu de changement de position et de réinstallation du résident.

d. Programme nutritionnel ou d'hydratation destiné au traitement de problèmes de peau.
Mesures diététiques prises dans le but de prévenir ou traiter des troubles cutanés particuliers ; régime sans farine de blé pour prévenir les dermatites allergiques, régime hypercalorique avec supplément pour prévenir la rupture cutanée, avec supplément en protéines pour la cicatrisation des plaies.

e. Soins d'ulcère.
Comprend toute intervention pour traiter l'ulcère, quel qu'en soit le stade. Par exemple, pansement, enlèvement de tissus infectés ou dévitalisés autour d'une plaie par des méthodes mécaniques ou chimiques, irrigation des plaies, hydrothérapie.

f. Soins de plaie chirurgicale.
Toute action pour traiter ou protéger une plaie chirurgicale. Par exemple, désinfection par topique, irrigation de la plaie, application de pommade antibiotique, pansement de tout type, ablation de fils, compresses chaudes ou application de chaleur.

g. Pansements avec ou sans application d'une médication locale (sauf pour les pieds).
Comprend les compresses de gaze, les pansements humidifiés par des solutions alcalines ou autres, les pansements semi-occlusifs avec hydrogel, substances colloïdales ou hydroactives.

h. Application de pommades (onguent), de médicaments (sauf sur les pieds).
Comprend les pommades ou les médicaments utilisés pour un problème cutané (par exemple, les préparations antifongiques) – Ne comprend pas les pommades utilisées pour des problèmes autres que cutanés.

i. Autres soins préventifs ou protecteurs pour la peau (sauf pour les pieds).
Comprend les applications de crème, les bains pour éviter que la peau se dessèche ou s'écaille ; les protège-coudes (protection matelassée, peau de mouton, etc.).

Procédure : Reportez-vous au dossier du résident. Interrogez-le ainsi que les soignants en contact direct avec lui.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Si rien ne s'applique au cours des 7 derniers jours, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

6. PROBLÈMES ET SOINS DES PIEDS

Objectif : Repérer la présence de problèmes et de soins des pieds au cours des 7 derniers jours.

Définitions : **c. Lésions ouvertes au pied.**
Comprend coupures, ulcères, crevasses.

d. Ongles et callosités coupés au cours des 90 derniers jours.

e. Soins de pieds préventifs ou protecteurs.
Comprend tous soins donnés pour prévenir des problèmes de peau au niveau des pieds, tels que soins du pied diabétique, bains de pieds, chaussures protectrices (ouatinées, matelassées, doublées), adaptées, orthopédiques, mise en place de coussinets ou de séparateurs d'orteils.

f. Pansements avec ou sans application d'une médication locale.
Comprend gaze sèche, gaze imprégnée de solution saline ou autres, hydrogel, hydrocolloïde, etc.

Procédure : Demandez à l'aide-soignante et au résident. Examinez ses pieds. Reportez-vous à son dossier.

Codage : Cochez tout ce qui s'applique. Si rien ne s'applique aux 7 derniers jours, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

Section N.

Occupations

Objectif : Noter la quantité et le type de centre d'intérêt et d'activités que le résident pratique actuellement, de même que les occupations dont il a envie, mais qui ne sont pas praticables pour l'instant.

Définition : **Les occupations** se réfèrent à une quelconque activité, autre que les AVQ, pratiquée par une personne en vue de se sentir bien. Cela comprend les activités qui procurent une plus grande estime de soi, du plaisir, du confort, une satisfaction culturelle, de la créativité, du succès ou une indépendance financière ou émotionnelle.

1. PÉRIODES D'ÉVEIL

Objectif : Identifier au cours d'une journée normale parmi les 7 derniers jours, les périodes pendant lesquelles le résident était toujours éveillé ou presque (pas plus d'une heure de sieste pendant chacune de ces périodes). Pour le plan de soins, ces informations peuvent être utilisées de deux façons au moins :

- Le résident qui est éveillé la plupart du temps peut être encouragé à devenir plus actif mentalement, physiquement et/ou plus impliqué dans des activités sociales (seul ou en groupe).
- Le résident qui somnole beaucoup peut s'ennuyer ou être déprimé et pourrait tirer bénéfice d'une plus grande activité.

Procédure : Consultez les soignants proches, le résident et les membres de sa famille.

Codage : Cochez toutes les périodes pendant lesquelles le résident est réveillé tout le temps ou la plupart du temps. **Le matin** va de 7 heures (ou quand le résident se réveille, si c'est avant 7 heures) jusqu'à midi, **l'après-midi** va de midi à 17 heures, **le soir** de 17 heures à 22 heures (ou l'heure du coucher, si c'est plus tôt ou plus tard). Si le résident est dans le coma, cet item est le seul de la section **N** à coder. Sautez le reste de cette section et passez directement à la section **O**.

2. TEMPS MOYEN CONSACRÉ AUX OCCUPATIONS

Objectif : Identifier la quantité de temps que le résident consacre aux occupations pour donner une indication générale sur l'occupation de son temps. Il s'agit du temps libre où il est éveillé et ne reçoit pas de soins ou d'aide pour les AVQ, donc du temps où il pourrait se livrer à d'autres occupations à visée thérapeutique.

Procédure : Consultez les soignants, l'équipe d'animation, le résident et les membres de sa famille. Renseignez-vous sur le temps consacré aux diverses occupations.

Codage : En codant les items, il ne faut pas compter le temps consacré aux traitements (par exemple, le temps consacré à un soin, au changement d'un pansement, à un traitement de réadaptation ou aux AVQ). Comptez le temps passé à l'accomplissement d'activités indépendantes (par exemple, arrosage des plantes, lecture, courrier) ; à des contacts sociaux (par exemple, visites, coups de téléphone) avec la famille, les autres résidents, le personnel et les bénévoles, qu'il s'agisse d'activités en groupe, en tête-à-tête ou solitaires, ou à la participation à des activités à visée thérapeutique « occupationnelles ».

3. LIEUX D'OCCUPATION PRÉFÉRÉS

Objectif : Déterminer le cadre préféré du résident pour ses occupations, celui où il se sent le plus à l'aise.

Procédure : Demandez au résident quelles sont ses préférences, ainsi qu'à sa famille, à l'équipe soignante et aux animateurs. Les observations du comportement par le personnel peuvent donner des indications, mais ne fournissent qu'une partie de la réponse. Ne limitez pas la liste des préférences aux endroits où le résident se tient actuellement mais essayez d'élargir le champ de ses possibilités.

EXEMPLES

Les lieux d'occupation préférés

- Demandez au résident : « Aimez-vous sortir ? Sortir de l'établissement (dans le jardin) ? Participer à des événements dans le hall en bas ? ».
- Demandez aux membres du personnel les endroits qu'il/elle fréquente ou ceux où il/elle semble le plus à l'aise.

Codage : Cochez toutes les réponses qui s'appliquent. Si le résident se montre indifférent à tous lieux, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

4. OCCUPATIONS PRÉFÉRÉES (ADAPTÉES AUX CAPACITÉS DU RÉSIDENT)

Objectif : Déterminer à quelles activités (parmi celles de la liste) le résident préférerait participer (seul ou avec d'autres). Ce choix ne dépend pas de la possibilité ou non de pratiquer effectivement cette activité, ni du fait que le résident y participe régulièrement ou non.

Définitions : **c. Exercices/sports.**
Comprend toute forme d'activité physique telle que danse, entraînement sportif, yoga, marche, sports (boules, croquet, mini golf, fléchettes, etc.)

d. Musique.
Comprend écouter de la musique ou en faire (chanter, jouer d'un instrument, etc.)

e. Lecture, écriture.
La lecture peut se pratiquer seul, dans un groupe qui écoute une personne lisant à haute voix ou un livre enregistré. L'écriture peut être indépendante (courrier ou composition de poèmes) ou pratiquée en groupe (par exemple, enregistrement d'histoires). Un bénévole peut aussi rédiger les pensées d'un résident aveugle, hémiplégique ou apraxique sous forme de lettre ou de journal.

f. Activités spirituelles, religieuses.
Comprend la participation à des services religieux, de même que l'écoute d'émissions religieuses à la radio ou à la télévision.

j. Jardinage et soin des plantes.
Comprend soigner ses plantes ou celles des autres, participer à un club de jardinage, regarder régulièrement des émissions de télévision ou des vidéos sur le jardinage.

k. Conversations.
Comprend converser (parler et écouter) ou participer à des discussions avec sa famille, des amis, d'autres résidents ou le personnel. Peut avoir lieu individuellement, en groupe ou par téléphone, de façon informelle ou structurée.

l. Aider les autres.
Comprend le soutien à d'autres résidents ou au personnel, une écoute attentive, l'aide dans la vie habituelle de l'unité, etc.

Procédure : Consultez le résident, sa famille, les animateurs et les membres de l'équipe soignante et d'animation. Expliquez au résident que vous vous intéressez à ce qu'il aime faire ou ce qu'il aimerait essayer. Rappelez-lui que la discussion ne doit pas être limitée par la conscience de ses capacités ou incapacités actuelles. Expliquez-lui que beaucoup d'occupations peuvent être adaptées à ses capacités. Par exemple, si un résident dit qu'il aimait lire et que cela lui manque car maintenant il ne peut plus lire les petits caractères, parlez-lui de la possibilité d'obtenir des livres enregistrés sur cassettes ou imprimés en gros caractères. Pour un résident dément ou aphasique, interrogez les membres de sa famille sur ses centres d'intérêts passés. Une ancienne passion pour la musique peut être pris en compte dans le plan de soins (par exemple, radiocassette près du lit, chant en groupe, chorale). Observez-le aussi dans ses activités actuelles. Si un résident semble content pendant une activité (par exemple, il sourit, applaudit en entendant de la musique), cochez cet item sur le MDS.

Codage : Cochez les préférences du résident. Si aucune n'est signalée, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

5. CHANGEMENTS SOUHAITÉS DANS LES OCCUPATIONS QUOTIDIENNES

Objectif : Déterminer si le résident exprime un intérêt pour des occupations qui ne sont pas offertes dans l'établissement (ou dans l'unité). Cela comprend également des activités proposées par l'établissement mais que le résident aimerait pratiquer dans d'autres conditions (par exemple, à la télévision, le résident aimerait regarder les informations plutôt que les jeux télévisés ou les feuilletons que préfèrent la majorité des résidents, ou encore le résident aimerait assister à un culte de l'Église protestante alors que c'est un service religieux de l'Église catholique qui est proposé dans la maison). Les résidents qui refusent d'assister ou de participer aux activités proposées par l'établissement sont aussi inclus dans cette catégorie afin de déterminer les raisons possibles de cette absence de participation.

Procédure : Passez en revue la façon dont le résident passe sa journée. Demandez-lui s'il y a des activités qu'il aimerait pratiquer (ou qu'il a aimé pratiquer) et qui n'existent pas actuellement ou ne sont pas praticables dans la forme qui lui conviendrait. Si le résident n'est pas capable de répondre, posez la même question à sa famille, ses amis, aux animateurs, au personnel soignant. Souhaite-t-il des modifications légères ou importantes dans les pratiques actuelles ou est-ce que tout va bien comme cela ?

Codage : Pour chaque item, codez les préférences du résident en utilisant le code indiqué.

0. Pas de changement.
Le résident est satisfait des activités proposées actuellement.

1. Légères modifications.
Le résident est globalement satisfait des activités proposées actuellement mais souhaiterait quelques légers changements (par exemple, une nouvelle activité ou la modification d'une activité existante).

2. Modifications importantes.
Le résident s'ennuie, est agité, se sent à l'écart, est mécontent des activités quotidiennes ou se sent trop engagé dans certaines activités et souhaite un changement important des habitudes.

EXEMPLE

Codage des occupations

- Mme B. participe régulièrement à plusieurs petits groupes d'activités. Elle a aussi exprimé son intérêt pour la musique. Cependant elle refuse systématiquement d'aller chanter en groupe lorsque l'équipe le lui propose. Elle dit qu'elle n'aime pas les grands groupes et qu'elle préférerait écouter tranquillement de la musique classique dans sa chambre. Elle souhaite avoir un poste de radio ou un radiocassette pour pouvoir le faire.

	Codez
N5a. Type d'activités auxquelles le résident participe actuellement.	**1** (« Légères modifications »)
N5b. Degré de participation du résident dans ces activités.	**1** (« Légères modifications »)

Section O.

Médicaments

1. Nombre de médicaments

Objectif : Déterminer le nombre de médicaments différents (sur ordonnance **ou non**) que le résident a pris durant les 7 derniers jours.

Procédure : Comptez le nombre de médicaments différents (sans tenir compte des différents dosages) administrés n'importe quand et par n'importe quelle voie (orale, intraveineuse, injection, patch). Prenez en compte tous les médicaments donnés « à la demande » et en prescription unique en urgence. Incluez toutes les automédications dont vous avez connaissance. Cette rubrique comprend aussi les médicaments en usage externe, les onguents et pommades utilisés sur les plaies, les gouttes pour les yeux, les vitamines et les suppositoires. Si le résident prend un même médicament sous sa forme générique et sous une forme commerciale, ne compter qu'une spécialité. Si le résident a reçu un médicament psychotrope retard avant la période d'évaluation (par exemple, un médicament donné une fois par mois), comptez-le pour un médicament.

Codage : Notez le nombre approprié dans les cases. Ne comptez que les médicaments effectivement administrés et pris par le résident durant les 7 derniers jours. Ne comptez pas les médicaments prescrits mais non pris.

EXEMPLE

Nombre de médicaments

- Le résident a reçu 0,25 mg de Digoxine® *per os* mardi et jeudi, et 0,125 mg *per os* lundi, mercredi et vendredi. Bien que les dosages ne soient pas les mêmes chaque jour de la semaine, le médicament est le même. **Codez 1 (1 médicament reçu).**

2. NOUVEAUX MÉDICAMENTS

Objectif : Enregistrer si le résident prend actuellement des médicaments dont la prescription a commencé au cours des 90 derniers jours.

Codage : Notez le code **1** si le résident a reçu (et reçoit toujours) de nouveaux médicaments durant les 90 derniers jours, notez le code **0** s'il n'en a reçu aucun durant cette période. Si le résident a reçu de nouveaux médicaments mais que ce traitement a été interrompu depuis, notez le code **0** (pas de nouveaux médicaments).

3. INJECTIONS

Objectif : Déterminer le *nombre de jours*, durant les 7 derniers jours, où le résident a reçu un médicament, un antigène ou un vaccin par injection sous-cutanée, intramusculaire ou intradermique. Bien qu'il ne s'agisse pas de médicaments proprement dit [3], il est important de savoir quand antigènes et vaccins ont été injectés pour suivre les réactions locales ou systémiques éventuelles. *Cette catégorie n'inclut pas les solutés et médicaments intraveineux.* Si le résident reçoit une *alimentation* par voie intraveineuse (IV), notez-le à l'item **K5a** (« Parentéral/IV »). Si le résident reçoit des *médicaments* intraveineux, notez-les à l'item **P1c** (« Médication IV »).

Codage : Notez le nombre de JOURS dans les cases.

EXEMPLE

Nombre d'injections

- Au cours des 7 derniers jours, M. T. a reçu un vaccin antigrippal le lundi, un test à la tuberculine en injection intradermique (pour la tuberculose) le mardi, une injection de vitamine B12 le mercredi. **Codez 3 puisque le résident a reçu des injections 3 jours au cours des 7 derniers jours.**

4. NOMBRE DE JOURS DE PRISE DE MÉDICAMENTS PARTICULIERS

Objectif : Noter le nombre de jours où le résident a pris un médicament de chacune des classes suivantes : neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques, diurétiques, au cours des 7 derniers jours (voir à l'annexe 4 p. 360, la liste des médicaments par catégorie). Ceci concerne tous ces médicaments quelle qu'en soit la voie d'administration (orale, intramusculaire, intraveineuse, etc.) et le lieu (dans l'établissement, dans un service d'urgence à l'hôpital).

Procédure : Reportez-vous au dossier clinique du résident pour vous informer sur les médicaments de ces classes que le résident a reçus au cours des 7 derniers jours. Pour les nouvelles admissions, reportez-vous aux dossiers de transmission.

3. *NdT :* la définition légale du « médicament » diffère selon les pays.

Codage : Notez, dans la case correspondante, le nombre de jours où, pendant les 7 derniers jours, le résident a reçu l'un des types de médicaments listés.

S'il vient d'être admis et que vous disposez d'informations précises sur les médicaments qu'il a reçus dans l'établissement qui vous l'a adressé, notez le nombre de jours correspondant à la prise de chacun de ces types de médicaments au cours des 7 derniers jours.

Si les dossiers de transmission ne sont pas clairs ou ne font pas mention de la prise de ces médicaments, notez **0** (aucun médicament n'a été utilisé).

Si le résident reçoit des médicaments à action prolongée (effet retard) qui sont pris à un intervalle supérieur à une semaine comme le Modécate® (fluphénazine decanoate) ou l'Haldol® (halopéridol) qui sont donnés toutes les 2-3 semaines ou chaque mois, notez **1**. Si le résident n'a pris aucun médicament de ces classes, notez **0**. Si le résident reçoit des médicaments à libération prolongée moins d'une fois par semaine, notez le code **1**.

EXEMPLES

Codification des médicaments

- **Ordonnance de Mme P.**
  – Haldol® 0,5 mg *per os* une fois par jour, le lundi, mercredi et jeudi (= neuroleptique) ;
  – Témesta® 1 mg *per os* une fois par jour (= anxiolytique) ;
  – Mogadon® 15 mg *per os* mardi et mercredi (= hypnotique).

Au cours des 7 derniers jours, Mme P. est devenue très essoufflée au milieu de la nuit. Elle a été transférée (mais pas admise) au service d'urgence de l'hôpital. À son retour dans l'établissement, la feuille de transmission du service d'urgence signalait qu'elle avait reçu une dose de Lasilix® par voie intraveineuse (= diurétique).

Codage

Médicaments	Nombre de jours
O4a. Neuroleptiques	**3**
O4b. Anxiolytiques	**7**
O4c. Antidépresseurs	**0**
O4d. Hypnotiques	**2**
O4e. Diurétiques	**1**

- **Ordonnance de M. S.**
  M. S. a été admis dans l'établissement le 12 septembre 1994 (item AB1 « Date d'entrée »). Il vient d'un service hospitalier de soins aigus. L'équipe a fixé le 16 septembre 1994 comme date de référence pour l'évaluation à l'aide du MDS (= dernier jour de la période d'observation). La période d'observation de 7 jours commence donc le 10 septembre, date à laquelle M. S. était encore à l'hôpital. Son résumé de sortie indique qu'à partir du 20 août, il avait commencé à y recevoir une dose quotidienne de Prozac® (= antidépresseur). Ce document ne permet pas de savoir si M. S. avait reçu d'autres médicaments durant son séjour à l'hôpital. Depuis son admission dans l'établissement, il continue à recevoir la même dose de Prozac®.

Codage

Médicaments	Nombre de jours
O4a. Neuroleptiques	**0**
O4b. Anxiolytiques	**0**
O4c. Antidépresseurs	**7**
O4d. Hypnotiques	**0**
O4e. Diurétiques	**0**

Section P.

Procédures et traitements spéciaux

1. PROCÉDURES, TRAITEMENTS SPÉCIAUX ET PROGRAMMES

Objectif : Identifier tout traitement spécial, toute thérapie ou programme que le résident a reçu ou suivi durant la période déterminée.

A. Soins spéciaux (traitements et programmes)

Traitements

Les traitements ci-dessous peuvent être reçus par le résident soit dans l'établissement, soit en consultation externe, soit à l'hôpital, etc. Cochez l'item approprié du MDS quel que soit le lieu où le résident suit ce traitement.

Définitions :

a. Chimiothérapie.
Comprend tous les types de chimiothérapie (médicaments anticancéreux) sous n'importe quelle forme, quel que soit le lieu d'administration (dans ou hors de l'établissement).

b. Dialyse.
Comprend dialyse péritonéale ou rénale, qu'elle ait lieu dans ou hors de l'établissement.

c. Médication intraveineuse.
Comprend tous types de médicament ou produits de contraste administrés par un accès central ou périphérique, par injection intraveineuse ou en perfusion. *Ne comprend pas* l'injection d'une solution saline ou d'héparine pour maintenir la perméabilité d'un cathéter, ni des solutés non médicamenteux.

d. Suivi de l'absorption et de l'élimination.
Mesure et évaluation de tous liquides que le résident ingère ou élimine en 24 heures.

e. Suivi d'une maladie aiguë.
Comprend l'observation par une infirmière diplômée de n'importe quelle maladie physique ou psychiatrique.

f. Soins d'une stomie.
Cet item renvoie uniquement aux soins de tout orifice artificiel qui nécessite l'aide d'un professionnel. Ne comprend pas les soins de trachéotomie pour lesquels vous cocherez l'item **P1j**.

g. Oxygénothérapie.
Comprend toute administration d'oxygène par masque, canule, etc.

h. Radiothérapie.
Comprend radiothérapie ou implant radioactif.

i. Aspiration.
Comprend l'aspiration nasopharyngée ou trachéale.

j. Soins de trachéotomie.
Comprend le nettoyage de la trachéotomie et de la canule.

k. Transfusions.
Comprend toute transfusion de sang ou de composants du sang (par exemple, plaquettes).

l. Ventilateur ou respirateur.
Moyen d'assurer une ventilation adéquate pour le résident qui est, ou pourrait devenir, incapable de respirer seul. Inclut tout type d'appareil mécanique, électrique ou pneumatique (inhalations exclues). Prendre en compte, dans cette définition, tout résident pour qui un programme de sevrage de son appareillage a été mis en place au cours des 14 derniers jours.

Programmes

Ne prendre en compte les programmes suivants que s'ils sont SUIVIS DANS L'ÉTABLISSEMENT.

m. Désintoxication (alcool ou drogue).
Programme global interdisciplinaire dans une unité spéciale ou dans une unité contiguë (dans un pavillon, une aile, sur un étage, etc.) où sont organisées des actions spécifiquement destinées au traitement de la dépendance à l'alcool ou à la drogue.

n. Unité spéciale de soins pour personnes atteintes de démence ou de la maladie d'Alzheimer.
Toute partie de l'établissement bien identifiée, telle qu'une unité, une aile ou un étage complet ou contigu à l'établissement, dans laquelle l'organisation du personnel et la prise en charge des résidents sont orientées spécifiquement vers des résidents atteints de déficience cognitive avec ou sans diagnostic précis de maladie d'Alzheimer.

o. Soins palliatifs.
Programme pour malades en phase terminale, avec des services pour le soulagement et la gestion de la maladie en phase terminale et des problèmes qui y sont liés.

p. Unité spéciale pour jeunes handicapés.
Toute partie de l'établissement bien identifiée, telle qu'une unité ou une aile complète dans l'établissement ou contiguë, à l'intérieur de laquelle l'organisation du personnel et la prise en charge des résidents sont orientées spécifiquement vers des résidents de 22 ans ou moins.

q. Séjour de convalescence, de répit.
Séjour de courte durée dans un établissement visant à soulager l'aidant principal d'une personne dépendante (susceptible d'entrer dans un établissement de soins de longue durée) vivant à domicile. Il est prévu qu'après ce séjour de courte durée, le résident retournera à son domicile.

r. Soins de réadaptation en vue d'un retour à domicile.
Le résident participe régulièrement à des activités individuelles ou en groupe avec un *professionnel spécialisé*, avec pour objectif d'atteindre les capacités nécessaires à son retour à domicile (par exemple, prendre ses médicaments, tenir sa maison, faire ses courses, utiliser les moyens de transport, accomplir les AVQ).

Procédure : Reportez-vous au dossier clinique.

Codage : Cochez tous les traitements et programmes reçus ou suivis durant les 14 derniers jours. Si aucun des items ne s'applique pour les 14 derniers jours, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES ».

B. Thérapies

Il s'agit des thérapies qui ont débuté après l'admission dans l'établissement, ont été ordonnées par un médecin et sont réalisées par un professionnel qualifié (c'est-à-dire par quelqu'un qui a les diplômes et compétences nécessaires, ou sous sa responsabilité directe).

Le traitement peut avoir lieu dans l'établissement ou en dehors de celui-ci. Ne prenez en compte que les thérapies fondées sur une évaluation par le thérapeute et pour lesquelles un plan de traitement existe dans le dossier clinique du résident.

Objectif : Enregistrer le nombre de jours dans la colonne **(A)** et le nombre total de minutes dans la colonne **(B)** de chacune des thérapies suivantes lorsqu'elles ont été prodiguées *au moins 15 minutes par jour* au cours des 7 derniers jours.

Définitions : **a. Rééducation de la parole et du langage (CH : logopédie ; F : orthophonie) et rééducation auditive.**
Thérapie prodiguée par un professionnel diplômé de la discipline.

b. Ergothérapie, thérapie occupationnelle, psychomotricité (F).
Thérapie pratiquée ou supervisée directement par un professionnel diplômé de la discipline. Un thérapeute assistant (ou stagiaire) peut pratiquer la thérapie mais ne peut pas superviser d'autres personnes (aides ou bénévoles). Ne prenez en compte les services fournis par un assistant (ou stagiaire) employé par l'établissement que s'il pratique sous la direction d'un ergothérapeute qualifié.

c. Kinésithérapie (F) (CH/Ca : physiothérapie).
Thérapie pratiquée ou supervisée directement par un kinésithérapeute (CH/Ca : physiothérapeute) diplômé. Un kinésithérapeute (physiothérapeute) assistant (ou stagiaire) peut pratiquer la thérapie mais ne peut pas superviser d'autres personnes (aides ou bénévoles). Ne prenez en compte les services fournis par un assistant (ou stagiaire) employé par l'établissement que s'il pratique sous la direction d'un professionnel (kinésithérapeute, CH/Ca : physiothérapeute) qualifié.

d. Thérapie respiratoire.
Comprend expectoration, exercices de respiration profonde, traitements par aérosol chaud ou froid, ventilation mécanique, etc. Ces soins doivent être prodigués par un professionnel qualifié (c'est-à-dire, une infirmière ou un kinésithérapeute spécialisés). *Ne comprend pas* les pulvérisations nasales avec un appareil manuel. Ne comptez que le temps passé par le professionnel qualifié avec le résident.

e. Psychothérapie.
Thérapie administrée par un psychiatre, un psychologue, une infirmière ou un travailleur social spécialisé en psychiatrie.

Procédure : Reportez-vous au dossier clinique et consultez chacun des thérapeutes spécialisés.

Codage : **Colonne (A).** Dans la première colonne, notez le **nombre de jours** où la thérapie a été administrée pendant au moins 15 minutes, au cours des 7 derniers jours. Notez **0** pour aucun jour.

Colonne (B). Dans la seconde colonne, notez le **nombre total de minutes** durant lesquelles cette thérapie a été pratiquée au cours des 7 derniers jours, même si vous avez noté **0** dans la colonne (**A)** (c'est-à-dire moins de 15 minutes). Ce temps correspond au temps de traitement réel (non les temps d'attente ou de rédaction des comptes rendus). Notez **0**, si aucune thérapie n'a été prodiguée.

EXEMPLE

Codification pour les thérapies

- Après une attaque, Mme F. a été admise dans l'établissement dans un état stable pour des thérapies de réadaptation. Depuis son admission, elle suit deux fois par semaine des séances d'orthophonie de 30 minutes, des séances d'ergothérapie de 30 minutes 2 fois par semaine et des séances de kinésithérapie de 30 minutes, 2 fois par jour pendant 5 jours et de la kinésithérapie respiratoire 10 minutes par jour chacun des 7 derniers jours. Au cours des 7 derniers jours, Mme F. a participé à toutes les séances prévues.

Codage	*(A) (jours)*	*(B) (minutes)*
Orthophonie (CH : logopédie), rééducation auditive	**2**	**60**
Ergothérapie, thérapie occupationnelle	**2**	**60**
Kinésithérapie (CH/Ca : physiothérapie), psychomotricité	**5**	**300**
Thérapie respiratoire	**0**	**70**
Psychothérapie	**0**	**0**

2. PROGRAMME POUR TROUBLES DE L'HUMEUR, DU COMPORTEMENT OU PERTE COGNITIVE

Définitions : **a. Programme spécifique d'évaluation des troubles du comportement.**
Programme d'évaluation multidisciplinaire des troubles du comportement (décrits à l'item E4 « Comportements problématiques ») en cours. L'objectif d'un tel programme est d'essayer de comprendre le sens caché de ces manifestations comportementales en relation avec l'état fonctionnel et l'état de santé du résident, ainsi qu'avec son environnement matériel et social. Le but ultime de l'évaluation est l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de soins qui réduisent ces symptômes de détresse.

b. Évaluation par un spécialiste diplômé en santé mentale au cours des 90 derniers jours.
Évaluation des troubles de l'humeur et du comportement, ou de tout autre problème de santé mentale, réalisée par un professionnel qualifié tel qu'un psychiatre, un psychologue, une infirmière ou un travailleur social psychiatrique (selon les habitudes du lieu). *Ne cochez pas* cet item pour les visites de routine de l'assistante sociale de l'établissement. Cette évaluation peut se faire dans l'établissement, dans un cabinet privé, une clinique, un centre de santé mentale, un dispensaire, etc.

c. Thérapie de groupe.
Le résident participe régulièrement à des réunions, au moins chaque semaine. Cette thérapie vise à réduire la solitude, l'isolement et le sentiment que ses problèmes sont uniques et difficiles à résoudre. La séance peut avoir lieu dans l'établissement (par exemple, groupe de soutien animé par un travailleur social ou un animateur de l'établissement) ou hors de l'établissement (par exemple, programme de groupe au dispensaire de secteur, réunion des Alcooliques anonymes dans un local communal, groupe de soutien des personnes atteintes de la maladie de Parkinson et de leur famille à l'hôpital local). Cet item *ne comprend pas* les groupes de loisir.

d. Modification de l'environnement du résident afin de répondre à son mode de comportement ou à son humeur.
Adaptation du milieu centré sur le comportement individuel du résident, son humeur et son état cognitif. On peut citer comme exemple : installer une commode remplie de vieux vêtements dans un renfoncement du couloir pour offrir une diversion à un résident qui s'arrête souvent de déambuler pour farfouiller. Ceci le (la) détournera de fouiller dans les affaires des autres résidents dont les chambres sont situées sur son chemin.

e. Stratégie d'aide à l'orientation.
Séances individuelles ou de groupe visant à réduire la désorientation des résidents confus. Comprend les signalisations placées dans l'environnement par lesquelles tout le personnel entourant le résident lui fournit des rappels et des informations pour s'orienter.

3. SOINS INFIRMIERS DE RÉADAPTATION AUX ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)

Objectif : Déterminer dans quelle mesure le résident reçoit des soins de réadaptation ou de remise en forme de la part de personnes *autres que les personnels qualifiés* pour des thérapies (c'est-à-dire ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, etc.). Les soins de réadaptation et de remise en forme comprennent les interventions visant à stimuler les capacités du résident afin qu'il s'adapte pour vivre aussi indépendamment et en sécurité que possible. Ils se concentrent sur l'amélioration maximale ou le maintien du meilleur fonctionnement physique, mental et psychosocial.

La pratique d'activités telles que marcher, se déplacer, s'habiller, faire sa toilette, se maquiller, manger et mâcher, faire ses transferts, soigner un membre amputé ou communiquer, peut augmenter ou maintenir les capacités physiques, le bon fonctionnement dans les AVQ et prévenir de futurs handicaps.

Définition :

- **Soins de réadaptation/aide au rétablissement.** Ils comprennent les interventions infirmières visant à aider ou stimuler la capacité du résident à atteindre son potentiel fonctionnel maximum. Cet item ne comprend pas les procédures et techniques conduites par des professionnels spécialisés identifiées à l'item **P1b** (ou sous leur direction). De plus, **pour être incluse dans cette section, une action de réadaptation et de remise en forme doit satisfaire à tous les critères ci-dessous :**
  - des interventions et des objectifs mesurables doivent être mentionnés dans le plan de soins ;
  - on doit trouver dans le dossier clinique la preuve d'une évaluation périodique par une infirmière diplômée ;
  - les aides-soignantes doivent avoir été formées aux techniques qui stimulent la participation du résident dans l'action ;
  - ces activités sont exécutées ou supervisées par un membre de l'équipe infirmière. Quelquefois, d'autres membres du personnel ou des bénévoles peuvent être désignés pour travailler auprès d'un résident particulier, mais toujours sous la supervision d'une infirmière diplômée ;
  - cette catégorie *ne comprend pas* les exercices en groupe de plus de 4 résidents pour un soignant ou un aide.
- **Amplitude du mouvement.** L'amplitude du mouvement correspond à l'étendue ou aux limites entre lesquelles une partie du corps peut être déplacée autour d'un point fixe ou d'une articulation. Un exercice portant sur l'amplitude du mouvement est un ensemble de mouvements (actifs ou passifs) pour maintenir la souplesse et une bonne amplitude articulaire.

a. Mobilisation passive.
Exercices accomplis par le résident avec l'aide physique d'un membre de l'équipe.

b. Mobilisation active.
Exercices accomplis par le résident, avec encouragements ou supervision de l'équipe ; ils ont été planifiés, programmés et inscrits dans le dossier clinique.

c. Utilisation d'attelles ou autres appareils orthopédiques.
L'assistance peut être de 2 types :

1. l'équipe donne des indications et un soutien verbal ou physique pour apprendre au résident à mettre, manipuler et prendre soin de son appareil ;
2. l'équipe suit un programme planifié pour mettre et enlever la prothèse, évaluer l'état de la peau du résident et de la circulation au contact de l'appareil et remettre le membre en position correcte. Ces séances sont planifiées, programmées et inscrites dans le dossier clinique.

Formation ou entraînement de l'habileté. Activités comprenant répétition, encouragements physiques ou verbaux, segmentation des tâches, qu'elles soient assurées par n'importe quel membre du personnel ou par un bénévole sous la supervision d'une infirmière diplômée.

d. Mobilité au lit.
Actions visant à augmenter ou maintenir la performance personnelle du résident pour passer par lui-même de la position couchée à la position assise, se tourner d'un côté à l'autre et se repositionner dans son lit.

e. Transfert.
Actions visant à augmenter ou maintenir la performance personnelle du résident pour passer du lit au fauteuil et *vice-versa*, d'un siège à l'autre, avec ou sans aides techniques (F) (CH : moyens auxiliaires).

f. Marche.
Actions visant à augmenter ou maintenir la performance du résident à marcher, avec ou sans aides techniques (F) (CH : moyens auxiliaires).

g. Habillement, soins d'hygiène personnelle.
Actions visant à augmenter ou maintenir la performance du résident pour s'habiller ou se déshabiller, se laver, se baigner et accomplir les autres soins d'hygiène ou de beauté.

h. Manger, avaler.
Actions visant à augmenter ou maintenir la performance du résident pour se nourrir par lui-même (aliments solides et liquides), ou activités utilisées pour augmenter ou maintenir sa performance pour ingérer les aliments et s'hydrater par la bouche.

i. Soins d'amputation, de prothèse.
Actions visant à augmenter ou maintenir la performance du résident pour mettre ou enlever lui-même sa prothèse, à en prendre soin et pour assurer une hygiène correcte de la partie du corps à son contact (par exemple, moignon, orbite).

j. Communication.
Actions visant à augmenter ou maintenir la performance du résident pour utiliser des méthodes de communication récemment acquises, pour l'aider à utiliser ses capacités de communication restantes ou régler son appareil auditif.

k. Autre.
Toute autre action visant à augmenter ou maintenir la performance du résident pour agir par lui-même. Ceci inclut (mais ne se limite pas à) l'apprentissage de la gestion personnelle d'un traitement antidiabétique, la prise de médicaments, les soins de stomies et la réadaptation cardiaque.

Procédure : Reportez-vous au dossier clinique et au plan de soins en cours. Consultez l'équipe. Recherchez si une programmation de soins de réadaptation ou de remise en forme [4] et un inventaire des actions à mener sont affichés dans l'unité.

Codage : Entrez le nombre de jours, au cours des 7 derniers jours, où une technique, une procédure ou une activité a été pratiquée au moins 15 minutes au total sur une période de 24 heures. Il n'est pas nécessaire que les 15 minutes soient effectuées en une seule fois. Souvenez-vous que les personnes atteintes de démence apprennent mieux par la répétition plusieurs fois par jour. Reprenez chaque activité sur 24 heures. S'il n'y a eu aucune de ces activités, notez **0**.

4. *NdT :* on entend par là la restauration de capacités fonctionnelles (qui semblent provisoirement perdues, mais que le résident ou les soignants estiment récupérables).

EXEMPLES

Rééducation infirmière

- M.V. a perdu, il y a plusieurs années, l'usage de ses bras, de son poignet droit et de sa main droite à cause d'un AVC. Il a une perte (modérée à sévère) concernant les capacités cognitives de décision et la mémoire. Pour éviter de plus amples pertes de mouvement de son bras droit et des ankyloses, l'ergothérapeute a fabriqué une attelle pour sa main droite et laissé des instructions pour son application et son retrait. L'infirmière coordinatrice a donné des consignes pour faire des exercices actifs et passifs de mobilité du bras droit, de la main et du poignet 3 fois par jour. Les aides-soignantes et la femme de M.V. ont été informées de la manière de mettre et d'enlever l'attelle de la main, du moment où il faut le faire et de la façon dont doivent être réalisés les exercices de mobilité passive. Ces instructions sont inscrites dans le plan de soins de M.V. Le temps total consacré chaque jour à l'application et au retrait de l'attelle et à l'exécution des exercices de mobilité passive est de 30 minutes. Les aides-soignantes indiquent qu'il y a moins de résistance dans l'extrémité atteinte lorsqu'elles le lavent et l'habillent. **Pour « Aide pour attelle ou autres appareils orthopédiques » (P3c) comme pour « Exercices de mobilisation passive » (P3a), entrez 7 comme nombre de jours où ces techniques de rééducation infirmière ont eu lieu.**

- Mme K. a été admise dans le service 7 jours après la réduction d'une fracture de la hanche. La kinésithérapie a été reportée en raison de complications et d'un faible état général. À son admission, elle a des difficultés pour bouger dans son lit et nécessite une aide totale pour les transferts. Pour éviter une aggravation de son état et améliorer son indépendance, l'équipe a établi un plan de soins dès le deuxième jour après son arrivée, pour lui apprendre à bouger seule dans son lit, à passer du lit au fauteuil en utilisant un trapèze, des barrières de lit et une planche de transfert. Ce plan de soins a été consigné par écrit dans le dossier de soins et communiqué à toute l'équipe lors des transmissions. L'infirmière signale dans les notes de transmission que, au cours des 5 jours d'apprentissage et de pratique de la mobilisation au lit et du transfert, Mme K. a vu sa résistance et sa force augmenter et qu'elle a seulement besoin d'une aide partielle lors du transfert. Chaque jour, le temps passé en rééducation infirmière a diminué de telle sorte que pour les 5 jours, le temps moyen est de 45 minutes. **Entrez 5 comme nombre de jours d'apprentissage et de pratique pour la mobilisation au lit (P3d) et le transfert (P3e).**
- Mme J. a eu, il y a un peu moins d'un an, un accident vasculaire cérébral entraînant une hémiplégie gauche. Elle veut intensément participer à sa prise en charge. Bien qu'elle ne puisse s'habiller seule, elle peut participer à cette activité. L'objectif global du plan de soins de Mme J. est d'augmenter le plus possible son indépendance dans les AVQ. Un programme, écrit dans le plan de soins, a été mis en place pour lui apprendre à mettre et enlever son chemisier sans l'aide de l'équipe. Tous ses chemisiers ont été adaptés avec une fermeture Velcro sur le devant. Les aides-soignantes ont appris à la guider verbalement quand elle met et ôte son chemisier. Cela lui prend environ 20 minutes par jour pour accomplir cette tâche (s'habiller et se déshabiller). **Entrez 7 comme nombre de jours d'apprentissage et de pratique d'habillage et de déshabillage (P3g).**
- Utilisant une canne tripode et une courte attelle de jambe, Mme D. suit un réentraînement à la marche Ensemble, Mme D. et l'équipe ont établi des objectifs progressifs de distance de marche. Le personnel a reçu des instructions sur la façon d'entraîner et d'aider Mme D. pour atteindre ses objectifs. Elle a 3 séances programmées par jour où elle apprend à mettre son attelle de jambe et ensuite à marcher. Chaque séance d'entraînement et de pratique de la mise en place de l'attelle et de la marche, supervisée par une aide-soignante, prend environ 15 minutes. **Entrez 7 pour le nombre de jours d'aide à la mise en place de l'attelle (P3i), et d'apprentissage et de pratique de la marche (P3f).**
- Se remettant doucement d'un syndrome de Guillain-Barré, M. B. reçoit chaque jour une rééducation à la déglutition. Le plan de soins écrit pour améliorer sa capacité à avaler comporte, outre des tasses adaptées et une consistance adéquate de la nourriture, une position correcte du corps, des instructions verbales régulières et des techniques de contrôle de la mâchoire. M. B. a besoin d'une surveillance étroite quand il s'alimente, car il risque des fausses routes (Ca : aspiration de la nourriture par la trachée) et des aspirations. Par conséquent, ce sont uniquement des infirmières qui assurent cette rééducation. Il faut environ 35 minutes à chaque repas pour qu'il finisse son alimentation solide et liquide. S'il ne peut absorber totalement la quantité prescrite de liquide et de calories par la bouche, il reçoit des compléments par une sonde gastrique. **Entrez 7 pour le nombre de jours d'apprentissage et de pratique de déglutition (P3h).**
- L'état cognitif de M. W. s'est détérioré progressivement au cours des derniers mois. Malgré la rééducation infirmière et les tentatives pour promouvoir son indépendance à s'alimenter, il ne peut manger à moins d'être assisté. Puisqu'il n'a pas reçu de rééducation infirmière pour l'alimentation pendant les 7 derniers jours, **entrez 0 pour le nombre de jours d'éducation et de pratique à manger seul (P3h).**
- Mme E. a une sclérose amyotrophique latérale. Elle n'a maintenant plus la possibilité de parler ni même de hocher la tête pour dire « oui » ou « non ». Ses capacités cognitives restent intactes, elle peut épeler les mots et bouger les yeux dans toutes les directions. L'orthophoniste a appris à Mme E., ainsi qu'à l'équipe, à utiliser un tableau afin qu'elle puisse communiquer avec le personnel. Ce tableau s'est révélé très utile et une affiche au-dessus de son lit rappelle au personnel, aux bénévoles et aux membres de sa famille de le lui donner pour qu'elle puisse communiquer avec eux. Ceci est aussi consigné dans son plan de soins. La formation et l'entraînement à l'utilisation du tableau sont terminés depuis 2 semaines et Mme E. est capable de l'utiliser avec succès. Elle ne reçoit donc plus cette rééducation à la communication. **Entrez 0 pour le nombre de jours pour l'apprentissage et pratique de la communication (P3j).**

4. MOYENS DE CONTENTION

Objectif : Enregistrer la fréquence, durant les 7 derniers jours, d'utilisation de l'un des moyens de contention décrits ci-dessous, que ce soit de jour ou de nuit.

Définitions : Cette catégorie comprend la contention à l'aide de n'importe quel moyen (appareillage physique ou mécanique, matériel ou équipement attaché au corps du résident) dont le résident ne peut se défaire facilement et qui entrave sa liberté de mouvement ou un accès normal à son corps.

a. Barrières de lit (ridelles) complètes, de tous les côtés du lit.
Les barrières de lit (ridelles) peuvent être constituées d'une ou plusieurs barres le long des deux côtés du lit, bloquant des 3/4 à la longueur complète du matelas, de haut en bas. Cette rubrique comprend aussi les lits placés le long d'un mur (empêchant le résident d'entrer et de sortir du lit de ce côté) et dont l'autre côté est bloqué par une barrière complète (une barre ou plus). Un filet utilisé dans les unités pédiatriques entre aussi dans cette catégorie.

b. Autres types de barrières de lit.
Comprend, par exemple, demi-ridelle d'un seul côté, ridelle complète d'un seul côté, demi-ridelles des deux côtés.

c. Contention du tronc.
Comprend tout appareillage, matériel ou équipement que le résident ne peut enlever facilement (par exemple, camisole ou ceinture de contention).

d. Contention des membres.
Comprend tout appareillage, matériel ou équipement que le résident ne peut enlever facilement et qui limite les mouvements d'une extrémité supérieure du corps (c'est-à-dire une main, un bras) ou d'un membre inférieur (pied, jambe).

e. Attaches au fauteuil.
Tout type de siège avec attaches ou qui place le résident en position allongée, ce qui l'empêche de se lever, ou un siège mou et bas (près du sol). Cette catégorie inclut les « coussins de confort » (par exemple, fauteuil coquille).

Procédure : Consultez le dossier et les documents concernant l'utilisation des moyens de contention. Consultez les soignants. Observez le résident.

Codage : Pour chaque type de moyen de contention, notez :
0. Pas utilisé durant les 7 derniers jours
1. Utilisé moins que quotidiennement durant les 7 derniers jours
2. Utilisé quotidiennement durant les 7 derniers jours

5. SÉJOURS HOSPITALIERS

Objectif : Enregistrer le nombre de fois où le résident a été admis à l'hôpital, en y passant au moins une nuit au cours des 90 jours précédents (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci date de moins de 90 jours), quel que soit le mode de prise en charge de ces journées par l'hôpital ou par votre établissement. Si le résident vient d'être admis dans l'établissement, cet item inclut les admissions à l'hôpital au cours de la période précédant son arrivée.

Définition : Le résident a été admis formellement par un médecin comme patient hospitalisé en prévoyant qu'il y passera la nuit. Ceci ne comprend pas les hospitalisations d'une journée pour petite chirurgie, les consultations, etc.

Procédure : Reportez-vous au dossier du résident. S'il vient d'être admis, interrogez-le ainsi que sa famille. Lors d'une admission à partir du domicile, il arrive qu'il ne soit pas facile de disposer des dossiers de transmission concernant une hospitalisation récente.

Codage : Notez le nombre d'admissions à l'hôpital. Notez **0**, s'il n'y a pas eu d'admission.

EXEMPLES

Codage des séjours hospitaliers

- Mme D. est diabétique insulinodépendante. Elle a été admise dans l'établissement hier à partir de son domicile. Chez elle, elle avait beaucoup de difficultés pour équilibrer sa glycémie depuis qu'elle avait développé un ulcère au pied gauche six mois auparavant. Au cours des 90 jours avant son admission, Mme D. a été hospitalisée 2 fois, une fois pour 3 jours, et une fois pour 5 jours. **Codez 2 pour deux admissions à l'hôpital au cours des 90 derniers jours.**
- M.V. réside dans l'établissement depuis 2 ans. Il a des troubles de la coagulation et reçoit deux fois par mois des transfusions au service d'urgences de l'hôpital local. Le mois dernier, M.V. a été admis pour 2 jours à l'hôpital pour un accès de fièvre au cours de sa transfusion. **Codez 1 pour 1 admission à l'hôpital au cours des 90 derniers jours.**

6. ADMISSION EN SERVICE D'URGENCES

Objectif: Noter si le résident a été admis au service des urgences d'un hôpital au cours des 90 derniers jours (par exemple, pour traitement ou évaluation), mais n'a pas, à ce moment-là, été hospitalisé pour la nuit. Si le résident vient d'être admis dans l'établissement, cet item inclut l'utilisation des services d'urgences dans la période précédant l'admission.

Définition: **Admission aux urgences.** Passage au service d'urgences sans rester à l'hôpital la nuit. *Ceci exclut* les consultations pour évaluation par un médecin, les transfusions, la chimiothérapie, etc.

Procédure: Reportez-vous au dossier clinique du résident. Pour les personnes nouvellement admises, interrogez le résident et consultez le dossier de transmission.

Codage: Notez le nombre d'admissions au service d'urgences au cours des 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci date de moins de 90 jours). S'il n'y en a aucune, notez **0**.

EXEMPLES

Codage pour les admissions en service d'urgences

- Un soir, M. X. s'est plaint de douleur dans la poitrine et de difficultés à respirer. Il a été transféré aux urgences pour une évaluation. Aux urgences, il a reçu du Lasilix, des dérivés nitrés et de l'oxygène. Quand il a été stabilisé, il était tard et il a été admis à l'hôpital pour observation. Il est revenu à la maison de retraite le lendemain après-midi. **Codez 0 pour aucune admission aux urgences (P6).**

Explication: bien que M. X. ait été transféré aux urgences, il a ensuite été admis à l'hôpital. Une nuit passée à l'hôpital ne fait pas partie de la définition de cet item.

- Pendant la nuit, Mme F. a glissé et est tombée en allant aux WC. Elle s'est plainte d'une douleur à la hanche droite et a été envoyée aux urgences pour des radios. Les radios étaient négatives et elle est retournée à la maison de retraite quelques heures après. **Codez 1 pour 1 admission aux urgences (P6).**
- Une fois, au cours des 90 derniers jours, la sonde de gastrostomie de M. P. s'est déplacée et l'infirmière n'a pas réussi à la remettre en place malgré plusieurs essais. Il a été transféré aux urgences où le médecin de garde a repositionné la sonde. **Codez 1 pour 1 admission aux urgences (P6).**

7. VISITES MÉDICALES

Objectif: Noter le **nombre de jours** où un médecin a examiné le résident, au cours des 14 derniers jours (ou depuis l'admission si celle-ci date de moins de 14 jours). L'examen peut avoir lieu dans l'établissement ou au cabinet du médecin. Dans certains cas, leur fréquence est un signe de complexité clinique.

Définitions : • **Médecin.**
Comprend ici les médecins (ainsi que les internes sous leur responsabilité), les dentistes, qu'ils soient de l'établissement ou consultants. Comprend aussi, *selon la législation du pays* : ostéopathes, podologues, infirmières spécialisées travaillant en collaboration avec le médecin.

• **Examen médical.**
Il peut s'agir d'un examen clinique complet ou partiel, dans l'établissement ou au cabinet du médecin. Ceci ne comprend pas les examens réalisés en service d'urgences. Si le résident a été examiné par un médecin au cours d'une consultation imprévue en service d'urgences, notez le nombre de fois où cela est arrivé au cours des 90 derniers jours à l'item **P6** « Service d'urgences ».

Procédure : Passez en revue le dossier médical.

Codage : Notez le nombre de jours où un médecin a examiné le résident. S'il n'y a pas eu d'examen, notez **0**.

8. PRESCRIPTIONS MÉDICALES

Objectif : Enregistrer **le nombre de jours** au cours des 14 derniers jours (ou depuis l'admission si elle date de moins de 14 jours) où un médecin a *changé* les prescriptions. Dans certains cas, la fréquence des changements de prescriptions est un signe de complexité clinique.

Définitions : • **Médecin.**
Comprend toute personne habilitée à prescrire : médecins, dentistes, qu'ils soient de l'établissement ou consultants. Comprend aussi les internes travaillant en collaboration avec le médecin.

• **Prescriptions médicales.**
Comprend toutes prescriptions écrites, téléphoniques ou télécopiées [5] ou encore en consultation pour un nouveau traitement ou une modification de celui-ci. *Ne comprend pas* les prescriptions d'admission, de réadmission ou les renouvellements d'ordonnance sans changement.

Codage : Notez le nombre de jours où les prescriptions médicales ont été changées. Ne tenez pas compte des renouvellements d'ordonnance sans changement. En l'absence de changement de prescription, notez **0**.

9. RÉSULTATS DE LABORATOIRE ANORMAUX

Objectif : Noter si le résident a eu des résultats de laboratoire anormaux durant les 90 derniers jours. Cet item concerne seulement les examens de laboratoire *faits après l'admission* dans l'établissement. On se réfère à des résultats qui diffèrent des valeurs standard et non à des résultats anormaux pour ce résident particulier.

EXEMPLE

Résultats de laboratoire anormaux

- Un temps de prothrombine élevé chez un résident qui reçoit des anticoagulants est **codé 1** pour **« Oui » (anormal)** même si cet effet a été voulu.

Procédure : Consultez les dossiers médicaux, spécialement les résultats de laboratoire.

Codage : Notez le code **0** si aucune valeur anormale n'est signalée dans le dossier et **1** si le résident a au moins un résultat de laboratoire anormal.

5. *NdT :* tenir compte des usages du pays concernant la validité de ces modes de prescription.

Section Q.

Perspectives de sortie et état général

1. PERSPECTIVES DE SORTIE

Objectif : Identifier les résidents candidats potentiels à la sortie dans les 3 prochains mois. Quelques résidents ont ce profil de « sortie potentielle » dès l'admission ; d'autres acquerront ce statut en raison d'une amélioration continue de leur état au cours des premiers mois de leur séjour.

Définitions : • **Sortie.** Peut être vers le domicile privé, un autre établissement de soins ou résidentiel. Un pronostic de décès ne doit pas être considéré comme une sortie prévue.

• **Personne ressource.** Peut être un conjoint, un membre de la famille ou une autre personne importante pour le résident.

Procédure : Pour de nouvelles admissions récentes, interrogez directement le résident. Plus le résident vit depuis longtemps dans l'établissement, plus il est difficile de l'interroger sur ses souhaits de retourner à domicile. Après un an, beaucoup de personnes se sentent installées dans leur nouveau style de vie au sein de l'établissement. Susciter des espoirs irréalistes chez un résident peut être cruel. Agissez avec discernement et délicatesse. Écoutez ce que le résident exprime (par exemple, exclamations : « Je veux retourner chez moi »). Posez des questions indirectes qui vous donneront une meilleure perception de ses souhaits : par exemple, dites : « Cela fait presque un an que nous nous connaissons. Comment cela se passe-t-il pour vous ici ? »

Consultez le personnel proche, l'assistante sociale, la famille du résident et son entourage. Reportez-vous au dossier clinique. Les projets de sortie sont souvent consignés dans les notes du service social, celles des infirmières ou dans les dossiers médicaux.

Codage :

a. Le résident exprime ou indique le souhait de retourner à domicile.
Codez **0** pour **« Non »** ou **1** pour **« Oui »**.

b. Une personne ressource de l'entourage est favorable à un retour à domicile.
Codez **0** pour **« Non »** ou **1** pour **« Oui »**.

c. Le résident est admis pour un séjour de durée limitée.
La sortie est prévue dans les 90 jours suivants. (*Rappel :* ne pas prendre en compte un pronostic de décès.) Codez **0** pour **« Non »**, **1** pour « Dans les 30 jours », **2** pour « Entre 31 et 90 jours » ou **3** pour « Perspective de sortie incertaine ».

EXEMPLES

Perspectives de sortie

- Mme F. est une femme mariée de 65 ans qui a subi un accident cérébro-vasculaire il y a 2 mois. À sa sortie du service de suite, il y a une semaine, elle a été admise dans l'établissement, pour la poursuite de sa réadaptation, en particulier pour les transferts, l'équilibre et la mobilité en chaise roulante. Mme F. est très motivée pour un retour à son domicile. Son mari la soutient et s'est beaucoup activé pour adapter leur maison afin de faciliter son indépendance. Leur objectif est d'être prêts à sortir dans 2 mois.

	Perspectives de sortie	*Codage*
Q1a.	Le résident exprime ou indique le souhait de retourner à son domicile.	**1** (Oui)
Q1b.	Un membre de l'entourage est favorable à un retour à domicile.	**1** (Oui)
Q1c.	Le résident est admis pour un séjour de durée limitée**.** La sortie est prévue dans les 90 jours (ne pas prendre en compte un pronostic).	**2** (31 à 90 jours)

- Mme D, âgée de 67 ans, est veuve. Elle a un cancer des os métastasé en phase terminale avec des fractures pathologiques. Actuellement son principal problème est le contrôle de la douleur et la confusion due aux narcotiques. Mme D. appelle à l'aide périodiquement pour que quelqu'un l'emmène chez elle, dans son lit. Sa fille ne veut et ne peut pas organiser des soins hospitaliers à domicile (HAD). En raison de ses fractures, Mme D. est complètement dépendante pour toutes les AVQ sauf pour manger (elle peut tenir une paille).

Perspectives de sortie	*Codage*
Q1a. Le résident exprime ou indique le souhait de retourner à domicile.	**1** (Oui)
Q1b. Un membre de l'entourage est favorable à un retour à domicile.	**1** (Non)
Q1c. Le résident est admis pour un séjour de durée limitée**.** La sortie est prévue dans les 90 jours (ne pas considérer une sortie pour cause de décès).	**0** (Non)

Explication : bien que Mme D soit près de mourir, vous pouvez utiliser le code **0** (Non). Les instructions concernant cet item du MDS vous précisent : « *Ne pas considérer un pronostic de décès* ».

- M. D. est un homme marié de 70 ans. Il a été admis dans l'établissement il y a deux semaines, à la sortie de l'hôpital après une intervention chirurgicale consécutive à une fracture de la hanche. M. D. a un long passé d'alcoolisme et une cirrhose du foie. Sa fille assure que quand il a bu, il est violent envers sa femme de 40 ans. Bien qu'il désire fortement retourner chez lui, sa femme déclare qu'elle ne peut plus le supporter et qu'elle ne veut pas qu'il revienne à leur domicile. Il a épuisé complètement toutes les possibilités de sa famille. On est en train d'explorer d'autres possibilités de soutien. En ce moment, l'organisation de sa sortie demeure incertaine.

Perspectives de sortie	*Codage*
Q1a. Le résident exprime ou indique le souhait de retourner à domicile.	**1** (Oui)
Q1a. Un membre de l'entourage est favorable à un retour à domicile	**0** (Non)
Q1a. Le résident est admis pour un séjour de durée limitée**.** La sortie est prévue dans les 90 jours (ne pas considérer un pronostic de décès).	**3** (Incertain)

2. CHANGEMENT GLOBAL EN BESOIN DE SOINS

Objectif : Suivre l'évolution globale du résident dans l'établissement au cours du temps. Informer sur les changements par rapport à son état 90 jours auparavant (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci date de moins de 90 jours). Si le résident vient d'être admis dans l'établissement, cet item comprend les changements survenus durant la période antérieure à l'admission.

Définition : **Autosuffisance globale.** Comprend la performance pour les soins personnels, la continence, la participation, la gestion des traitements, etc.

Procédure : Reportez-vous au dossier clinique, aux dossiers de transmission (pour les nouvelles admissions et les réadmissions), aux évaluations antérieures à l'aide du MDS (y compris les évaluations trimestrielles) et au plan de soins. Consultez les soignants proches.

Codage : Notez le chiffre correspondant à la réponse la plus proche. Notez **0** pour « Pas de changement », **1** pour « Amélioration » (reçoit moins d'aide, a besoin de moins de soins contraignants), ou **2** pour « Détérioration » (reçoit davantage d'aide).

EXEMPLES

Changement global en besoin de soins

- M. R. âgé de 90 ans, comateux, a été admis dans l'institution après un séjour de 6 mois dans un autre établissement, pour être plus près de sa femme. Son état est stable depuis 6 mois. **Codez 0 pour « Pas de changement ».**

- Mme T. a, depuis plusieurs années, une maladie d'Alzheimer. Durant les 4 derniers mois, son état général s'est amélioré. Bien que son état cognitif n'ait pas changé, son humeur s'est améliorée. Elle semble plus gaie, moins agitée, dort plus profondément la nuit et s'implique socialement plus dans le programme d'activités quotidiennes. **Codez 1 pour « Amélioration ».**
- M. D. a aussi une démence de type Alzheimer depuis plusieurs années. L'année dernière, bien que très dépendant des autres dans beaucoup de domaines, il était encore capable de manger et de marcher sans surveillance jusque récemment. Pendant les 90 derniers jours, il est devenu plus dépendant. Il ne s'alimente plus seul. En plus, il est tombé il y a 2 semaines et a été incapable d'apprendre à utiliser un déambulateur (Ca : marchette). Il a besoin de l'aide de 2 personnes, même pour marcher sur de courtes distances. **Codez 2 pour « Détérioration ».**

Section R.

Informations relatives à l'évaluation

1. PARTICIPATION À L'ÉVALUATION

Objectif : Enregistrer la participation à l'évaluation du résident, de sa famille et/ou de personnes ressources et, si l'évaluation du résident est incomplète, en indiquer les raisons.

Définition : • **Famille.** Un conjoint, un parent (enfant, parent, neveu) ou belle-famille.

• **Toute personne ressource.** Ce peut être un ami proche, un concubin (Ca : conjoint de fait), un colocataire, le tuteur légal, un notaire. Le personnel de l'établissement ne peut être personne ressource.

Procédure : La préparation des résidents et des membres des familles à participer à l'élaboration du plan de soins commence avec l'évaluation. Quand les membres du personnel expliquent à un résident la procédure d'évaluation, ils expliqueront aussi que le résultat de cette évaluation est de définir le plan de soins. Chaque membre de l'équipe peut susciter des occasions de participation du résident en sollicitant et respectant son point de vue au cours de l'évaluation.

Il peut être bénéfique d'interroger les membres de la famille sur ce qu'ils attendent de l'établissement et ce qui les préoccupe. Les parents peuvent avoir besoin de parler avec un membre du personnel ; ils peuvent aussi avoir besoin d'information.

Certaines des attentes et des préoccupations de la famille peuvent être traitées de façon adaptée lors des réunions de préparation du plan de soins. Avoir discuté de ces points avec la famille pendant la démarche d'évaluation peut aider à concentrer sur le résident l'attention des membres de l'équipe pendant cette réunion.

L'équipe doit prendre en considération quelques aspects importants de la participation du résident et/ou de sa famille à l'évaluation et la planification des soins. Porter attention aux conditions qui faciliteront la communication est nécessaire pour plusieurs raisons :

- éviter au résident de se sentir intimidé et/ou impuissant en face des professionnels ;
- s'adapter à toute difficulté de communication ;
- minimiser toute tendance des membres de la famille à dominer le résident au cours de la rencontre et les encourager encore plus à soutenir le résident si besoin est ;
- faciliter le soutien non verbal du résident par l'équipe qui en est proche.

On s'adressera directement au résident même s'il est déficient intellectuellement. On utilisera des termes adaptés à son niveau de compréhension. Si ses opinions ne viennent pas spontanément, on sollicitera son avis, ses questions et ses réactions au plan de soins en cours d'élaboration.

Codage : **a. Résident.**
Codez **0** pour **« Non »** ou **1** pour **« Oui »**, pour indiquer si le résident a participé ou non à l'évaluation. Cet item doit être rempli en dernier.

b. **Famille.**
Codez **0** pour **« Non »** ou **1** pour **« Oui »**, pour indiquer si la famille a participé ou non à l'évaluation. Codez **2** en l'absence de famille.

c. **Autre.**
Codez **0** pour **« Non »** ou **1** pour **« Oui »**, pour indiquer si une personne ressource a participé ou non à l'évaluation. Codez **2** pour « Aucune » en l'absence de personne ressource.

2. SIGNATURES DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉVALUATION

Objectif : Toute personne ayant participé à l'évaluation doit certifier la fiabilité de la partie qu'elle a remplie. Le coordinateur certifie que l'évaluation est complète.

Procédure : Chaque membre de l'équipe qui a rempli une partie quelconque du MDS doit le signer, indiquer près de sa signature la date et les parties qu'il a complétées. Les items d'une même section du MDS peuvent être remplis par 2 membres de l'équipe ou même plus.

Le responsable de l'évaluation ne doit pas signer et certifier l'achèvement de l'évaluation tant que les autres évaluateurs n'ont pas terminé leurs parts du MDS. Le coordinateur ne certifie pas la véracité des parties de l'évaluation qui ont été faites par d'autres professionnels de santé.

Codage : Toute personne ayant pris part à cette évaluation, y compris le coordinateur, signe aux endroits prévus. À droite de son nom, chacun entrera son titre (ou sa fonction) et la lettre correspondant aux sections du MDS dont il a été responsable, ainsi que la date à laquelle il signe le formulaire.

À la fin, le coordinateur de l'évaluation signe et certifie par là que l'évaluation est achevée et complète.

Section S.

Section réservée

Section réservée pour des usages particuliers et qui peut être composée selon les objectifs des utilisateurs.

NdT : les deux sections suivantes (T et U) contiennent les items qui ont été utilisés dans une étude expérimentale (dans 7 États des États-Unis) pour tester le modèle RUG-III de classification des résidents en groupes homogènes (*Case-Mix*) ainsi qu'une batterie d'indicateurs de qualité. Il s'agit donc d'items supplémentaires ne faisant pas partie du MDS de base utilisé en routine pour l'évaluation des résidents. Nous les présentons ici à titre informatif. Ils peuvent être utiles pour des études spécifiques (suivi de traitements particuliers, polymédication, groupes iso-ressources…).

Section T.

Items supplémentaires pour *Case-Mix* version 2.0

1. PROCÉDURES ET TRAITEMENTS SPÉCIAUX

a. Loisirs thérapeutiques (thérapie occupationnelle)

Objectif: Enregistrer **dans la colonne (A) le nombre de jours** et **dans la colonne (B) le nombre total de minutes** de loisirs thérapeutiques (thérapie occupationnelle) effectués (au moins 15 minutes par jour) au cours des 7 derniers jours.

Définition: **Loisirs thérapeutiques (thérapie occupationnelle).** Thérapie prescrite par un médecin qui fournit une stimulation thérapeutique supérieure à celle attendue du programme général d'activités de l'établissement. La prescription du médecin doit inclure la fréquence, la durée et l'objectif du traitement. Cette thérapie doit être dispensée par un professionnel qualifié ou une personne travaillant sous la direction d'un professionnel qualifié.

Procédure: Reportez-vous au dossier du résident et voyez les professionnels concernés.

Codage: **Colonne (A).** Dans la première colonne, entrez le **nombre de jours** pendant lesquels la thérapie a été administrée pendant 15 minutes ou plus, au cours de 7 derniers jours. Notez **0** s'il n'y en a pas eu.

Colonne (B). Dans la seconde colonne, entrez le **nombre total de minutes** pendant lesquelles la thérapie a été administrée au cours de 7 derniers jours. Ne prenez en compte que le temps réel de traitement (non le temps d'attente ou celui pendant lequel le thérapeute remplit les documents correspondants). Notez **0** s'il n'y en a pas eu.

b. Thérapies prescrites (items b, c et d)

Sauter cet item pour les évaluations initiales et à *5* jours.

Objectif: Prendre en compte les thérapies (kinésithérapie, CH : physiothérapie ; thérapie occupationnelle ; orthophonie, CH : logopédie…) prescrites et programmées au début du séjour du résident. Souvent, elles ne commencent pas avant la fin de la période d'observation en vue de l'évaluation. Cette section fournit une description générale de la quantité de thérapies que le résident recevra au cours des 14 jours après son admission.

Procédure: Reportez-vous au dossier du résident pour déterminer si le médecin a prescrit le début d'une ou plusieurs thérapies pendant les 14 premiers jours après l'admission. S'il y a des prescriptions, consultez le thérapeute concerné pour déterminer si l'évaluation initiale est achevée et si les séances de thérapies ont bien été programmées. Si elles ne le sont pas, passez directement à l'item T2.

Lorsqu'une de ces thérapies au moins est programmée, les thérapeutes doivent calculer le nombre de jours où le résident a reçu au moins l'une de ces thérapies, au cours des 14 premiers jours de son séjour. Puis ils doivent estimer le nombre total de minutes de ces traitements (kinésithérapie, CH : physiothérapie ; ergothérapie ; orthophonie, CH : logopédie).

Codage: **c.** Notez le nombre de jours où au moins l'une de ces thérapies a été effectuée pendant les 15 jours à dater de l'admission.

d. Notez le nombre total de minutes estimées pendant lesquelles l'ensemble de ces thérapies a été effectué au résident dans la période jusqu'au 15e jour après l'admission.

EXEMPLES

Thérapies prescrites

- **Première évaluation dans les 5 jours de l'admission** (*NdT :* délai spécifique à l'étude américaine sus-mentionnée)

  M. Z. a été admis dans l'établissement jeudi dernier dans l'après-midi. Les prescriptions du médecin pour les évaluations par la kinésithérapeute et l'orthophoniste ont été faites vendredi. Ces deux évaluations ont été réalisées lundi et les rééducations programmées pour mardi. La kinésithérapie a été programmée 5 jours par semaine, 1 heure chaque jour ; l'orthophonie 3 jours par semaine, 1 heure chaque fois. L'infirmière coordinatrice a établi le lundi comme dernier jour de la période d'évaluation pour cette évaluation d'entrée à 5 jours. Au cours des 15 jours à partir de la date de son admission (jeudi), le résident bénéficiera de 8 jours de kinésithérapie (240 minutes) et de 4 jours d'orthophonie (240 minutes) soit un total de 480 minutes pendant les 15 jours. **Codez 8 en T1c pour *le nombre de jours* pendant lequel a eu lieu au moins une séance de rééducation.**

Explication : puisqu'il y avait plus de kinésithérapie programmée que d'orthophonie, on utilise le nombre total de jours de kinésithérapie.

Entrez 480 en T1d pour le *nombre total en minutes* des séances de kinésithérapie et d'orthophonie programmées.

- **Évaluation à l'admission**
  Mardi, Mme C. a été admise dans le service avec une prescription d'évaluation pour les 3 traitements. La kinésithérapeute a fait son évaluation et a programmé de commencer son traitement jeudi, 5 jours par semaine, 30 minutes par jour. L'ergothérapeute a fait son évaluation et a programmé de commencer son traitement lundi, 3 jours par semaine, 1 heure chaque jour. Lors de son évaluation, l'orthophoniste n'a pas recommandé de séances d'orthophonie et donc n'en a pas programmé. L'infirmière coordinatrice a établi que lundi serait le dernier jour de la période d'observation, qui est aussi le dernier jour pour réaliser l'évaluation initiale. Dans la période d'observation, la résidente a eu 3 jours de kinésithérapie pour un total de 90 minutes. Ceci a été noté à l'item P1bc du MDS. Elle a eu une séance d'ergothérapie pour un total de 60 minutes qui a aussi été noté à l'item P1bb. Toutefois pour obtenir une vision globale du programme de la résidente, la section T1b à T1d a été remplie. On s'attend à ce que Mme C. reçoive encore 6 jours de kinésithérapie dans les 15 jours après son admission, pour un total de 180 minutes et aussi 3 jours d'ergothérapie pour un total de 180 minutes.

Entrez 6 en T1c pour le *nombre de jours* où au moins une des thérapies aura lieu.
Entrez 360 en T1d, pour *le nombre total estimé de minutes* pour les 2 thérapies prescrites.

2. ÉPISODE D'AUTONOMIE MAXIMALE POUR LA MARCHE

Objectif : Les programmes de kinésithérapie ainsi que ceux de réadaptation par les infirmières ont souvent pour objectif l'amélioration de la marche. Ceci peut concerner des résidents présentant différents types de problèmes (attaque, maladie de Parkinson, prothèse de la hanche, etc.), à différents stades de récupération (par exemple, 1 ou 3 semaines après l'opération de la hanche). Il est important de suivre les progrès aussi bien de la marche que de la démarche du résident, ainsi que la façon dont la pratique de la marche est intégrée dans les activités quotidiennes ordinaires du résident.

Il y a 4 dimensions importantes à surveiller : la **distance** que le résident parcourt, **le temps** que cela lui demande, la quantité **d'aide** et de **soutien** qu'il reçoit. L'évaluation de la capacité de l'individu à marcher (selon ces 4 dimensions) doit être mise en relation avec les informations recueillies à la section **G**, la section **I** et la section **J**. Ces informations fourniront le tableau complet des problèmes du résident pour la marche et son niveau de fonctionnement relatif au niveau optimal à atteindre. Ceci permettra aux membres de l'équipe d'observer la différence entre la marche « usuelle » du résident et sa marche « lorsqu'il fait le maximum d'effort ».

Une confrontation des observations des différents membres de l'équipe permettra de mieux coordonner la continuité des soins en vue d'une réadaptation optimale du résident, et en tirant le meilleur parti possible des séances de kinésithérapie ou physiothérapie (CH) pour la marche.

L'épisode de marche « optimale » (celui où le résident reçoit le moins d'aide et de soutien, tout en marchant le plus loin et le plus vite sans s'asseoir) sera utilisé pour évaluer :

1. l'efficacité de la kinésithérapie (F) ou physiothérapie (CH) et du programme de réadaptation infirmière ;
2. la nécessité de les poursuivre ;
3. le maintien du niveau fonctionnel obtenu après l'arrêt du traitement.

Compléter l'item T2 lorsque les conditions suivantes sont remplies.

Le score de performance pour TRANSFERT (G1bA) est égal à 0, 1, 2 ou 3.

1. **ET le résident reçoit de la kinésithérapie (ou réadaptation fonctionnelle) (P1bc) comportant des exercices d'équilibre à la marche.**
2. **OU la kinésithérapie est prescrite pour des exercices d'équilibre (T2b).**
3. **OU le résident reçoit des soins infirmiers de rééducation à la marche (P3f).**
4. **OU la kinésithérapie (P1bc) comportant des exercices d'équilibre à la marche a été interrompue au cours des 6 derniers mois.**

Définition :

- **Épisode de marche « optimale ».** Épisode où le résident reçoit le moins d'aide et de soutien, tout en marchant le plus loin et le plus vite sans s'asseoir. Ceci peut inclure l'aide physique des autres ou l'utilisation de moyens auxiliaires. On ne considérera comme épisode de marche « optimale » qu'un épisode de marche sûr et fonctionnel.
- **Moyens auxiliaires (aides techniques) :** prothèses, différents types de cannes et déambulateurs (Ca : marchettes), béquilles, attelles, barres parallèles et utilisation d'une chaise que l'on pousse comme support.

EXEMPLES

Épisode de marche « optimale »

- Mme G. a eu une opération de la hanche il y a 3 semaines et a été admise dans le service une semaine après cette opération. Pendant la période de 7 jours de l'évaluation initiale, Mme G. pouvait seulement se tenir debout et faire ses transferts du lit au fauteuil dans le service avec l'aide d'une personne. La kinésithérapie a été instituée plusieurs jours après l'admission pour travailler l'équilibre. Au 6e jour, Mme G. pouvait marcher 2 longueurs de barres parallèles (5 m) avec seulement la présence du kinésithérapeute. Le kinésithérapeute et l'infirmière coordinatrice se sont rencontrés et ont décidé que l'épisode de marche « optimale » correspondait à cette utilisation des barres parallèles.
- Après avoir eu de la kinésithérapie intensive sur l'équilibre pour faiblesse et paralysie suite à un accident vasculaire, M. T. a terminé ses séances avec la capacité de marcher en utilisant un rythme de marche adapté, équilibré et sûr, avec une petite attelle de jambe et une canne tripode. Son plan de soins révisé comprend un programme de réadaptation infirmier à la marche. Celui-ci nécessite qu'une aide-soignante marche avec M. T. le matin après le petit déjeuner et après le dîner, ceci pendant une période de 15 minutes en suivant un parcours « métré » dans le service. L'assistance à M. T. pendant ces séances de marche a varié tous les jours pendant les 7 jours de la période d'évaluation. Quelquefois, il ne pouvait marcher que quelque pas avant de s'asseoir. À trois occasions, il a marché la moitié du couloir (25 m) en 5 minutes sans s'asseoir et en suivant les consignes qu'on lui avait fournies. Ceci a été son épisode de marche « optimale ».

- Pendant une courte discussion lors des transmissions du matin, le kinésithérapeute, l'équipe soignante du 2e Sud et l'infirmière coordinatrice ont établi l'épisode de marche « optimale » de M.A., au cours des 7 derniers jours. Il a été dit que M.A. a marché 15 mètres en 7 minutes dans le service avec un déambulateur (Ca : marchette), encouragement et stimulation verbale, et un léger soutien physique dans l'unité ; il a aussi marché dans le service de rééducation, 20 mètres en 10 minutes avec un déambulateur et incitation pour la correction de la position du talon. L'équipe était d'accord pour dire que l'épisode de marche dans le service de réadaptation était son épisode d'autonomie maximale pour la marche.
- Mme W. a besoin d'une assistance importante (G1bA = 3) et de l'aide de 2 personnes (G1bB = 3) pour passer du lit au fauteuil. À cause de sa surcharge pondérale et de sa faiblesse généralisée, l'équipe ne peut pas la faire marcher dans le service en toute sécurité, c'est pourquoi on a utilisé le code **8** (l'activité n'a pas été réalisée) pour la marche dans la chambre (G1cA) et la marche dans le couloir (G1dA). Toutefois, Mme W. est capable de marcher la longueur des barres parallèles en service de rééducation avec l'aide de 2 personnes et ceci correspond à son activité maximale d'autonomie à la marche.

Procédure : Quatre composantes déterminent l'épisode d'autonomie maximale pour la marche d'un résident : **la distance, la durée, la performance du résident, l'aide qui lui est apportée.** Pendant les 7 jours que dure la période d'observation en vue de l'évaluation, il est probable que l'équipe aura de multiples occasions d'évaluer la façon dont le résident marche. L'équipe doit utiliser cette période pour déterminer l'épisode de marche « optimale ». Il va sans dire que tous les membres de l'équipe doivent être impliqués dans cette détermination.

Dans chaque rapport de transmission entre équipes, l'attention sera attirée sur ce point. Cela rappellera à chacun qu'il doit repérer les épisodes où le résident marche mieux que d'habitude, d'observer la distance qu'il parcourt, de noter le temps que cela lui prend et de noter l'aide et le soutien dont le résident a bénéficié. Pour les résidents récemment admis et recevant une kinésithérapie pour entraînement à la marche, l'épisode de marche « optimale » surviendra probablement pendant une séance de kinésithérapie. Cependant, l'effort maximal peut survenir dans ou hors de l'unité, ou même hors de l'établissement.

- **Distance parcourue en marchant.** Pour déterminer la distance parcourue en marchant par le résident, il est utile de connaître la distance entre des différents endroits entre lesquels il se déplace (par exemple, la distance de son lit aux toilettes, celle de sa chambre à la salle à manger, au poste des infirmières…). Dans certains établissements, il existe des couloirs aménagés pour pouvoir mesurer la distance parcourue par les résidents. Dans d'autres, on se sert pour cela des carrelages ou des plaques des plafonds. Prenez le temps de déterminer les distances de certains itinéraires dans votre établissement et faites-les connaître à l'équipe ; par exemple, si la distance entre le lit du résident et les toilettes est de 3,5 m et que l'aide-soignante dit qu'il va de son lit aux toilettes, cela permet de dire que ce résident a effectué un « épisode de marche » de 3,5 m.
- **Durée de la marche.** L'équipe déterminera le temps que prend au résident un certain parcours.
- **Performance pour la marche.** Cet item est semblable aux items de performance pour les AVQ de la section **G**, à ceci près qu'ici on se réfère à **UN SEUL épisode de marche optimale au cours des 7 derniers jours (celui de la meilleure performance)** et non pas à tous les épisodes de marche au cours de cette période.
- **Aide apportée pour la marche.** *Attention :* Cet item est l'opposé des items d'aide pour les AVQ de la section **G**. Pour déterminer l'épisode de marche optimale, on cherchera à identifier la fois où le résident a reçu LE MOINS d'AIDE. La section **G** demande au contraire de coder la quantité maximum d'aide reçue pour l'accomplissement d'une AVQ lors d'un épisode quelconque au cours des 7 derniers jours.

Codage :

a. Maximum de distance parcourue.
Pour l'épisode d'autonomie maximale d'une marche *équilibrée et sûre*, notez la distance parcourue par le résident. Utilisez les codes suivants :
0. 50 m et plus
1. 20 à 49 mètres
2. 8 à 19 mètres
3. 3 à 7 mètres
4. Moins de 3 mètres

b. Durée de marche.
Pour le même épisode (item T2a) notez le temps mis par le résident pour parcourir cette distance. Utilisez les codes suivants :
0. 1-2 minutes
1. 3-4 minutes
2. 5-10 minutes
3. 11-15 minutes
4. 16-30 minutes
5. 31 minutes et plus

c. Performance pour la marche.
Pour le même épisode (item T2a), notez la quantité de soutien reçue par le résident pendant la marche. Utilisez les codes suivants :
0. Indépendant. Ni aide ni surveillance pendant la marche
1. Supervision. Surveillance, encouragement ou stimulation prodiguée pendant la marche.
2. Assistance limitée. Le résident est très impliqué (actif) ; il reçoit une aide physique pour guider le mouvement de ses jambes ou une autre aide légère.
3. Assistance importante. Le résident reçoit une aide importante pendant la marche.

d. Aide à la marche.
Pour le même épisode (item T2a), notez la quantité d'aide reçue par le résident pendant la marche. Utilisez les codes suivants :
0. Pas de préparation ni d'aide physique de la part du personnel
1. Préparation seulement
2. Aide physique d'1 personne
3. Aide physique de 2 personnes ou plus

e. Utilisation de barres parallèles pendant la marche.
Pour le même épisode (item T2a), notez si les barres parallèles ont été utilisées ou non. Codez **0** si elles n'ont pas été utilisées, **1** si elles ont été utilisées.

Section U.

Médicaments

NdT : le formulaire correspondant à cette section n'est pas inclus dans le MDS. Il se trouve à l'annexe 2, p. 342.

Dans les établissements de soins de longue durée, les résidents sont extrêmement sensibles et exposés aux effets adverses des médicaments et aux *interactions médicamenteuses*. On estime qu'environ 30 % des admissions en service gériatrique sont dues à des problèmes liés aux médicaments. Un autre risque est la *polymédication*, c'est-à-dire l'utilisation de 2 médicaments ou plus sans motif apparent ou pour la même indication. La polymédication se produit encore quand un médicament est utilisé pour traiter un effet indésirable non recherché d'un autre médicament. On la rencontre aussi dans les établissements quand il n'y a pas de suivi soigneux et régulier des prescriptions médicamenteuses faites aux résidents.

Objectif : Cette section aidera l'équipe à identifier les problèmes potentiellement liés à la polymédication, les réactions aux médicaments et les interactions. De plus, cette section peut aider l'équipe à identifier des problèmes physiques ou psychoaffectifs potentiels qu'un résident peut rencontrer. Par exemple ; examiner et noter la fréquence d'utilisation par le résident de médicaments prescrits « à la demande » pour la douleur, le sommeil ou la constipation peuvent conduire l'équipe multiprofessionnelle à pratiquer une évaluation approfondie à la recherche des causes sous-jacentes de cette utilisation. Plusieurs « guides d'analyse » (GAD) et signaux d'alarme font référence à l'évaluation des médicaments. Cette section leur sera très utile pour cela.

En plus de son utilisation pour l'établissement du plan de soins, la section U (Médicaments) peut être intégrée au programme d'assurance-qualité de l'institution pour suivre des problèmes de *qualité des soins* tels que la polymédication, l'utilisation excessive de certains produits et des erreurs ou omissions de médicaments.

Définitions :

- **Quantité administrée.** Le nombre de comprimés, ampoules, suppositoires ou quantité de liquide (unités, ml) administrés **par dose** à un résident.
- **Code CIP** [6]**.** Système standardisé pour le codage des médicaments.
- **Feuille de prescriptions.** Partie de dossier clinique du résident utilisée par l'infirmière chargée de la dispensation des médicaments pour en enregistrer l'administration. La feuille de prescriptions se présente habituellement comme un formulaire (ou tout autre document) spécifiant le nom du médicament, la dose, la fréquence et la voie d'administration pour chacun des médicaments que le résident doit recevoir selon un rythme prescrit ou à la demande.

Procédure : Pour noter toutes les informations demandées dans cette section, on aura recours :
1) aux ordonnances médicales en cours ;
2) à la feuille de prescriptions ;
3) au code CIP.

Utilisez la feuille de prescriptions comme **première source d'information** pour identifier tous les médicaments administrés au cours des 7 derniers jours. Pointez les prescriptions sur l'ordonnance du médecin pour déterminer si de nouveaux médicaments ont été récemment prescrits.

Dans certains établissements, le pharmacien pourra remplir des parties de la section U, en particulier les codes CIP et les quantités administrées. La pharmacie peut aussi vous fournir les codes des médicaments prescrits à chaque résident. Contactez le pharmacien de votre établissement et sollicitez sa participation pour vous aider à remplir cette section du MDS. S'il ne la remplit pas lui-même, vous aurez besoin de vous reporter à la liste des codes CIP. Ils peuvent aussi être trouvés sur la boîte du médicament ou dans le *Vidal* [7] ou bien vous pourrez obtenir une liste de ces codes auprès de votre pharmacien.

Assurez-vous spécialement d'avoir bien identifié et enregistré tous les médicaments administrés au cours des 7 derniers jours. Les feuilles de prescriptions des résidents peuvent avoir plusieurs pages, en particulier si des prescriptions ont été interrompues et remplacées par d'autres ou s'il y a beaucoup de prescriptions de médicaments « à la demande ».

---

6. *NdT :* dans l'original, le code utilisé est le *« National Drug Code » (NDC)*. Ce code n'est pas utilisé en France où l'on emploie soit le code « unité commune de distribution » (UCD) de type « 900 000 », soit le code « Club interpharmaceutique » (CIP) de type « 300 000 ». Celui-ci est moins spécifique (c'est celui de la boîte) mais beaucoup plus accessible : il est indiqué sur les boîtes de médicaments et la plupart du temps dans le *Vidal*. Le type de code peut être adapté en fonction des impératifs de l'étude, mais cela doit être pris en compte en cas de comparaison nationale ou internationale.

7. *NdT :* ajout des traducteurs.

Pointez au moins deux fois la feuille de prescriptions pour éviter d'oublier des médicaments administrés au cours des 7 derniers jours.

Pour remplir avec précision les codes CIP et la quantité administrée, il sera nécessaire de vérifier soigneusement que les médicaments ont bien été administrés au résident et sous quelle forme exactement. Par exemple, certains médicaments injectables peuvent être fournis sous forme d'ampoules, de flacons ou de seringues prédosées.

Que la section U soit remplie par le pharmacien ou par un autre membre du personnel de l'établissement, cette personne doit certifier l'exactitude des informations en signant l'item **R2**. Le coordinateur de l'évaluation doit la revoir pour s'assurer qu'elle est complète.

Codage : Les instructions de codage sont très détaillées. Examinez-les attentivement. Étudiez les exemples. Faites les exercices de codage présentés à la fin de cette section.

1. Nom des médicaments et dose prescrite.
Identifiez et consignez tous les médicaments que le résident a reçus au cours des 7 derniers jours. Identifiez et enregistrez aussi tous les médicaments qui, bien que n'ayant pas été administrés au cours des 7 derniers jours, font partie du traitement habituel du résident (par exemple, injection mensuelle de vitamine B 12). **Ne consignez pas** les médicaments « à la demande » qui **n'ont pas été pris** au cours des 7 derniers jours.

Notez le nom du médicament et la dose prescrite par le médecin à la colonne 1. Écrivez le nom du médicament et la dose prescrite *exactement comme sur la feuille de prescriptions*.

Parfois, le dosage du médicament est changé au cours des 7 jours de la période d'observation. Ces différents dosages doivent être enregistrés séparément.

EXEMPLE

Noms de médicament et les doses prescrites

- Médicaments notés sur la feuille de médicaments pour la période d'évaluation du 11 août 1994 au 17 août 1994.

A. Lasilix®40 mg : 1 comprimé chaque jour par voie orale.
B. Vitamine B 12 : 1 ml par mois par voie IM (donné le 8/8/94).
C. Timoptol® 0,1 % : 2 gouttes œil droit trois fois par jour.
D. Nodex® 1unidose : 3 fois par jour pour 4 jours (n'a pas été donné au cours des 7 derniers jours).
E. Brufen® 400 mg : 1 comprimé 3 fois par jour. (arrêté le 15/08/94).
F. Dilantin® 250 mg : 1 fois par jour IV (prescrit le 15/08/94).
G. Théolair® LP 100 mg : 2 fois par jour (donné du 11 au 13/08/1994, puis arrêt de la prescription).
H. Théolair® LP 100 mg : 3 fois par jour (donné du 14 au 16/08/1994, puis arrêt de la prescription).
I. Théolair® LP 175 mg : 2 fois par jour (donné le 17/08/1994).

1.	Nom du médicament et dose prescrite	Voie d'administration	Fréquence	QA	RD-n	Codes CIP [1]
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
A.	Lasilix® 40 mg : 1 cp					– •
B.	Vitamine B 12 : 1 ml					– •
C.	Timolol 0,1 % : 2 gouttes					– •
D.	Brufen® 400 mg					– •
E.	Dilantin® 250 mg					– •
F.	Théolair® LP 100 mg : 1 cp					– •
G.	Théolair® LP 100 mg : 1 cp					– •
H.	Théolair® LP 175 mg : 1 cp					– •

1. Ou autre, si nécessaire (voir note p. 165).

Remarquez que Nodex® (E) n'a pas été noté car il n'a pas été donné au cours des 7 derniers jours.

2. Voie d'administration (VA).
Déterminez la VA utilisée. Elle doit être précisée, pour chaque médicament, sur la feuille de prescriptions et l'ordonnance du médecin. Enregistrez-la dans la colonne 2 en utilisant les codes suivants :

EXEMPLES

Abréviations pour les voies d'administration

1	= voie buccale	PO (*per os*)	6 = rectale	R
2	= sublinguale	SL	7 = topique	loc (locale)
3	= intramusculaire	IM	8 = inhalation	inhal
4	= intraveineuse	IV	9 = sonde entérale	sonde
5	= sous-cutanée	SC	10 = autre	autre (ex : stomie)

Voies d'administration

- Médicaments notés sur la feuille de prescriptions pour la période d'évaluation du 11 août 1994 au 17 août 1994.

  A. Maalox® : 1 cuillerée à soupe après les repas PO.
  B. Azantac® oral 75 mg : 2 comprimés toutes les 12 heures par sonde.
  C. Nitriderm® 2,5 : 1 patch chaque jour.
  D. Umuline® Retard : 15 unités par voie sous-cutanée chaque jour avant le petit déjeuner.
  E. Lasilix® 80 mg par voie intraveineuse à la demande en urgence.
  F. Suppositoires de Paracétamol® (350 mg) : toutes les 4 heures à la demande 3 g maximum, pas plus de 4 fois par jour (donnés à deux occasions au cours des 7 derniers jours).

2.	Nom du médicament et dose prescrite	Voie d'administration	Fréquence	QA	PRD-n	Codes CIP [1]
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
A.	Maalox® 15 ml	1				– •
B.	Azantac® 150 mg	9				– •
C.	Nitriderm® 2,5	7				– •
D.	Umuline® Retard : 15 unités	5				– •
E.	Lasilix® 80 mg	4				– •
F.	Suppositoires de Paracétamol®	6				– •

1. Ou autre, si nécessaire (voir note p. 165).

3. Fréquence.
Déterminer le nombre de fois par jour, par semaine ou par mois que le médicament a été administré. Consignez la fréquence dans la colonne 3 en utilisant les codes suivants :

Listes des codes pour la fréquence d'administration

ABRÉVIATION	EN CLAIR
PRD	À la demande
1/h	Toutes les heures
1/2 h	Toutes les 2 heures
1/3 h	Toutes les 3 heures
1/4 h	Toutes les 4 heures
1/6 h	Toutes les 6 heures
1/8 h	Toutes les 8 heures
1/j	Une fois par jour
2/j	Deux fois par jour (comprend toutes les 12 h)
3/j	Trois fois par jour
4/j	Quatre fois par jour
5/j	Cinq fois par jour
1/sem.	Une fois par semaine
2/sem.	Deux fois par semaine
3/sem.	Trois fois par semaine
4/sem.	Quatre fois par semaine
5/sem.	Cinq fois par semaine
6/sem.	Six fois par semaine
AJ	Tous les autres jours
1/mois	Une fois par mois
2/mois	Deux fois par mois
Cont.	En continu
Autre	Autre (par exemple, un jour sur deux, les autres jours)

Veillez à bien *différencier des fréquences qui se ressemblent*. Par exemple, la règle dans certains établissements est que les antibiotiques doivent être administrés sur les 24 heures. Cependant, si un antibiotique est prescrit « trois fois par jour », il doit être donné toutes les 8 heures. Il y a un code différent pour « Trois fois par jour » (3/j) et « Toutes les 8 heures ». Dans ce cas, on utilisera le code « Toutes les 8 heures ».

Si l'insuline est administrée dans le cadre d'une surveillance personnalisée chaque dose donnée différente sera notée comme médication à la demande.

EXEMPLE

Fréquence des médicaments

- Médicaments notés sur la feuille de prescriptions pour la période d'évaluation du 11 août 1994 (11/8/94) au 17 août 1994 (17/8/94).

  A. Ampicilline® 250 mg : *per os* toutes les 6 heures pendant 10 jours.
  B. Béconase® : en inhalation nasale deux fois par jour.
  C. Primpéran® 10 mg : 1/2 suppositoire si nécessaire.
  D. Digoxine® 0,250 mg : 1 comprimé *per os* un jour sur 2. Les autres jours Digoxine® 0,250 mg, 1/2 comprimé (0,125 mg).
  E. Jamylène® : 2 comprimés par jour.
  F. Umuline Profil 20® : 15 unités chaque jour avant le petit déjeuner par voie sous-cutanée.
  G. Glycémie : chaque jour à 16 h. Insuline en fonction des résultats : Umuline Rapide® 5 unités si la glycémie est entre 2 et 3 g ; 10 unités si elle dépasse 3 g. (On a donné 5 unités le 11/08/1994 pour une glycémie à 2,55 g ; 5 unités le 13/08/1994 pour une glycémie à 2,33 g ; 10 unités le 17/08/1994 pour une glycémie à 3,05 g.)

3.	Nom du médicament et dose prescrite	Voie d'administration	Fréquence	QA	PRD-n	Codes CIP [1]
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
A.	Ampicilline® 250 mg	**1**	**1/6 h**			– •
B.	Béconase® en inhalation	**8**	**2/j**			– •
C.	Primpéran®	**6**	**PRD**			– •
D.	Digoxine® 0,250 mg : 1cp	**1**	**A**			– •
E.	Jamylène®	**1**	**1/j**			– •
F.	Umuline Profil20®	**5**	**1/j**			– •
G.	Umuline Rapide®	**5**	**PRD**			–

1. Ou autre, si nécessaire (voir note p. 165).

4. Quantité administrée (QA).
Déterminer la quantité de médicament administrée à chaque prise. La quantité administrée ne **correspond pas toujours** à la dose. C'est, plus précisément, le nombre de comprimés, suppositoires ou quantité de liquide (unités, ml) donnés au résident **par dose.** Pour les **comprimés, ampoules ou suppositoires,** notez le **nombre** qui en a été donné à chaque fois dans la colonne 4 (par exemple, « 1, 2, 1,5 »). Pour les **liquides,** notez le **nombre** de ml ou unités qui en a été donné à chaque fois dans la colonne 4 (par exemple, 0,5ml, 2,5 ml, 10 unités). Pour les médications locales (par exemple, crème, pommade, gouttes oculaires),

les inhalations et les médicaments par voie orale dissous dans l'eau, codez **999** dans la colonne 4. Pour un demi-comprimé ou un demi-ml, utilisez la notation décimale (0,5) plutôt qu'une fraction (1/2).

EXEMPLE

Quantité administrée

- Médicaments notés sur la feuille des médicaments pour la période d'évaluation du 11 août 1994 au 17 août 1994.

  A. Digoxine® 0,250 mg : 1/2 comprimé sécable tous les jours *per os*.
  B. Haldol® 1 mg solution buvable : 10 gouttes toutes les 8 heures à la demande *per os* (pris 2 fois au cours des 7 derniers jours).
  C. Totapen 250® sirop : une mesure 6 fois par jour *per os*.
  D. Doliprane®250 mg : toutes les 3-4 heures à la demande selon la douleur, *per os* (reçu 5 fois au cours des 7 derniers jours).
  E. Umuline Profil 20® : 15 unités chaque jour avant le petit déjeuner, par voie sous cutanée.
  F. Glycémie : chaque jour à 16 h. Insuline en fonction des résultats : Umuline Rapide® 5 unités si la glycémie est entre 2 et 3 g ; 10 unités si elle dépasse 3 g. (On a donné 5 unités le 11/08/1994 pour une glycémie à 2,55 g ; 5 unités le 13/08/94 pour une glycémie à 2,33 g ; 10 unités le 17/08/1994 pour une glycémie à 3,05 g.)
  G. Pommade Elase® pour soin d'escarre du talon gauche : 3/j.
  H. Valium® 2 : 1 comprimé et demi le soir, *per os*.
  I. Di-hydan® 100 mg : 3 comprimés par jour, *per os*.
  J. Transilane® : 1 sachet le soir au coucher, *per os*.

4.	Nom du médicament et dose prescrite	Voie d'administration	Fréquence	QA	PRD-n	Codes CIP [1]
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
A.	Digoxine® 0,250 mg	**1**	**1/j**	**1/2**		_ •
B.	Haldol®	**1**	**PRD**	**X gt**		_ •
C.	Totapen 250®	**1**	**1/6 h**	**1**		_ •
D.	Doliprane® 250	**1**	**PRD**	**5**		_ •
E.	Umuline Profil 20®	**5**	**1/j**	**15 U**		_ •
F.	Umuline Rapide®	**5**	**PRD**	**5 U**		_ •
	Umuline Rapide®	**5**	**PRD**	**10 U**		_ •
G.	Elase®	**7**	**3/j**	**999**		_ •
H.	Valium® 2	**1**	**1/j**	**1,5**		_ •
I.	Di-Hydan 100 mg	**1**	**1/j**	**3**		_ •
J.	Transilane®	**1**	**1/j**	**1**		_ •

1. Ou autre, si nécessaire (voir note p. 165).

5. Nombre de doses « à la demande » (PRD-n).
Cette colonne (**PRD-n**) n'est remplie que pour les médicaments dont le mode d'administration est codé « PRD ». Notez le **nombre de fois** au cours des 7 derniers jours où chacun de ces médicaments a été donné. Les médicaments à la demande administrés en urgence sont enregistrés comme les médicaments à la demande. Rappelez-vous que si un médicament « à la demande » **n'a pas été donné** au cours des 7 derniers jours, il ne doit pas être inscrit à la section U du MDS.

EXEMPLE

Nombre de doses « à la demande »

- Médicaments notés sur la feuille de prescriptions pour la période d'évaluation du 11 août 1994 (11/8/94) au 17 août 1994 (17/8/94).

A. Maalox®: 1 cuillerée à soupe après le repas à la demande (administré 12 fois au cours des 7 derniers jours).
B. Haldol® 1 mg solution buvable: 10 gouttes toutes les 8 heures à la demande *per os* (pris 2 fois au cours des 7 derniers jours).
C. Hydrocortisone crème 1 % : à la demande sur le dos et la poitrine administrée (5 fois dans les 7 derniers jours).
D. Lasilix® 40mg: 2 ampoules en intraveineuse en urgence.
E. Glycémie: chaque jour à 16 h. Insuline en fonction des résultats: Umuline Rapide® 5 unités si la glycémie est entre 2 et 3 g; 10 unités si elle dépasse 3 g. (On a donné 5 unités le 11/08/1994 pour une glycémie à 2,55 g; 5 unités le 13/08/1994 pour une glycémie à 2,33 g; 10 unités le 17/08/1994 pour une glycémie à 3,05 g.)
F. Trinitine simple® 0,5 mg: 1 comprimé par voie perlinguale en cas de douleur dans la poitrine.; répété à 5 min. d'intervalle si la douleur persiste (donné une fois le 12/08/1994, répété 5 min. après).

5.	Nom du médicament et dose prescrite	Voie d'administration	Fréquence	QA	PRD-n	Codes CIP [1]
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
A.	Maalox®	**1**	**PRD**	**15 ml**	**12**	– •
B.	Haldol® 1 mg	**1**	**PRD**	**X gt**	**2**	– •
C.	Hydrocortisone crème 1 %	**7**	**PRD**	**999**	**5**	– •
D.	Lasilix® 40mg	**4**	**PRD**	**2**	**1**	– •
E.	Umuline Rapide®	**5**	**1/j**	**5 U**	**2**	– •
F.	Umuline Rapide®	**5**	**PRD**	**10 U**	**1**	– •
G.	Trinitrine® simple 0,5mg	**2**	**PRD**	**1**	**2**	– •

1. Ou autre, si nécessaire (voir note p. 165).

6. Code CIP.
Il est très important que toutes les informations concernant le médicament (nom, dose prescrite, fréquence et quantité administrée) soient repérées en utilisant une classification reconnue. Dans ce manuel, c'est le code CIP qui a été retenu (voir note p. 165), mais d'autres codifications peuvent être choisies en fonction des besoins d'une étude particulière (UCD, NDC…).

Le code CIP correspond à la boîte : un médicament aura donc plusieurs codes CIP correspondant aux différentes présentations.

EXEMPLE

Codes CIP pour un même médicament

Médicament	Présentation	Code CIP
Trinipatch®	Boîte de 5 à 5 mg	345 215.1
	Boîte de 5 à 10 mg	345 214.5
	Boîte de 30 à 5 mg	338 072.4
	Boîte de 30 à 10 mg	338 073.0

Dans certaines occasions, à un médicament prescrit peuvent correspondre plusieurs codes CIP. Dans ce cas, notez le code correspondant à la dose la plus élevée.

Pour les préparations magistrales, le code sera **888 888.8**. Pour les médicaments en cours d'essai, utiliser le code **999 999.9**.

Notez le code CIP dans la colonne 6. Commencez par la colonne de gauche. Vérifiez soigneusement ce que vous avez noté.

EXEMPLE

Les codes CIP

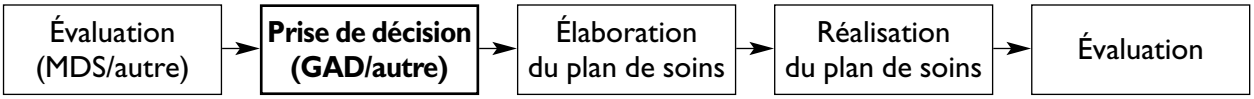
- Médicaments notés sur la feuille de prescriptions pour la période d'évaluation du 11 août 1994 au 17 août 1994.

A. Digoxine® 0,250 mg : 1/2 comprimé sécable tous les jours *per os*.
B. Haldol® 1 mg solution buvable : 10 gouttes toutes les 8 heures à la demande *per os*. (pris 2 fois au cours des 7 derniers jours).
C. Totapen 250® sirop : une mesure 6 fois par jour *per os*.
D. Umuline Profil 20® : 15 unités chaque jour avant le petit déjeuner, par voie sous-cutanée.
E. Glycémie : chaque jour à 16 h. Insuline en fonction des résultats : Umuline Rapide® 5 unités si la glycémie est entre 2 et 3 g ; 10 unités si elle dépasse 3 g. (On a donné 5 unités le 11/8/94 pour une glycémie à 2,55 g ; 5 unités le 13/08/94 pour une glycémie à 2,33 g ; 10 unités le 17/8/94 pour une glycémie à 3,05 g.) Doser la glycémie.
F. Trinipatch® 5 mg : 1 patch par jour.
G. Lasilix® 40 mg : 2 ampoules en intraveineuse en urgence.
H. Valium® 2 : 1 comprimé et demi le soir, *per os*.
I. Di-Hydan® 100 mg : une fois par jour *per os*.

6.	Nom du médicament et dose prescrite	Voie d'administration	Fréquence	QA	PRD-n	Codes CIP
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
A.	Digoxine® 0,250 mg	1	1/j	1/2		3 3 4 6 6 0 • 9
B.	Haldol® 1 mg	1	PRD	X gt		3 0 4 7 1 6 • 6
C.	Totapen 250®	1	1/6h	1		3 1 3 1 5 3 • 4
D.	Umuline Profil 20®	5	1/j	15 U		3 3 3 8 1 4 • 2
E.	Umuline Rapide®: 5 unités	5	PRD	5 U	2	3 4 0 8 8 5 • 6
	Umuline Rapide®: 10 unités	5	PRD	10 U	1	3 4 0 8 8 5 • 6
F.	Trinipatch® 5 mg	7	1/j	999		3 4 5 2 1 5 • 1
G.	Lasilix®40 mg	4	PRD	2	1	5 5 3 1 9 3 • 7
H.	Valium 2 mg	1	1/j	1,5		3 1 1 1 2 6 • 6
I.	Di-hydan® 100 mg	1	1/j	1		3 0 3 0 3 0 • 3

CHAPITRE 4

Consignes pour l'utilisation des guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD)



Vous trouverez dans ce chapitre des instructions sur l'utilisation des guides d'analyse de la situation du résident par domaines d'intervention (GAD) afin d'examiner de façon approfondie les problèmes identifiés au moyen des « signaux d'alarme » du minimum de données standardisées (MDS). L'objectif des GAD est de guider l'équipe multidisciplinaire tout au long d'une évaluation globale et structurée de l'état fonctionnel du résident. L'état fonctionnel est différent de l'état de santé ou de l'état clinique. L'évaluation de l'état fonctionnel examine l'ensemble de la vie de la personne. L'objectif de cet examen est d'aider cette personne à vivre dans le plus grand de bien-être possible. La démarche RAI aidera l'équipe à hiérarchiser les objectifs propres à chaque résident pour répondre à ses besoins physiques, mentaux et psychosociaux.

4.1. Qu'est-ce qu'un GAD ?

À lui seul, le MDS ne permet pas une évaluation exhaustive. Il est plutôt utilisé pour une évaluation préliminaire visant à mettre en évidence les problèmes potentiels, les atouts et les souhaits du résident. Les GAD, centrés sur les problèmes et leur résolution, constituent un cadre pour une évaluation complémentaire à partir d'items du MDS identifiant des domaines d'intervention. Ils établissent un lien essentiel entre l'évaluation et les décisions prises pour la planification des soins.

On trouve, dans ces GAD, les « signaux d'alarme » (en anglais *« trigger »*, c'est-à-dire le « signal qui donne le départ ») qui pointent les problèmes nécessitant un examen approfondi ou une évaluation supplémentaire, en fonction des réponses à certains items du MDS. On y trouve aussi des « Recommandations » aidant l'équipe à analyser les problèmes ainsi « pointés ». Elles fournissent des suggestions et des conseils pour synthétiser les informations récoltées lors de l'évaluation détaillée.

Il existe 18 GAD dans la version 2.0 du *RAI-institution*. Ils couvrent la majeure partie des domaines qui donnent lieu à des interventions dans les établissements de soins de longue durée destinés aux personnes âgées. Chacun de ces GAD a été rédigé par des experts cliniciens du domaine concerné.

> ***NdT :* depuis la publication en 1995 de la version 2.0 du RAI-institution, interRAI a développé une adaptation de la méthode pour les services à domicile (RAI-domicile). Dans ce contexte, d'autres domaines d'intervention ont dû être pris en compte : le manuel RAI-domicile comporte 12 GAD supplémentaires, ce qui porte le nombre total de domaines d'intervention explorés**

à 30. Si certains de ces nouveaux GAD sont spécifiques à l'intervention à domicile, d'autres en revanche sont également utiles pour la démarche de soins en institution. Il nous a paru pertinent de les ajouter à ce manuel. En ceci, nous différons de la version originale américaine. Il s'agit des GAD suivants : « Douleur », « Soins palliatifs », « Maltraitance » et « Problèmes de la peau et des pieds ».

Dans un établissement, le système de dispensation des soins est complexe mais crucial pour obtenir de bons résultats pour les résidents. Il dépend à la fois des pratiques professionnelles standards et des règlements administratifs. L'évaluation de la situation et l'élaboration du plan de soins constituent le fondement des soins. Il est, de plus, nécessaire de disposer de documents écrits pour assurer la continuité des soins.

Le RAI (MDS et GAD) fait partie intégrante de ce processus. Il garantit que l'équipe soignante collecte, à intervalles réguliers, un MDS pour chaque résident, avec pour objectif principal de guider l'élaboration d'un plan de soins individualisé fondé sur l'identification des besoins, des ressources et préférences du résident.

Il est indispensable de penser le RAI comme un tout. Le MDS identifie les problèmes réels ou potentiels. Les GAD guident l'analyse approfondie des domaines problématiques pointés. Ils aident l'équipe à rechercher les causes ou les facteurs associés (dont certains peuvent être réversibles). Utilisez les GAD pour analyser les résultats de l'évaluation puis ordonnez par écrit vos réflexions. Il est important de consigner les causes ou les facteurs de risque spécifiques d'un déclin ou d'une absence d'amélioration. Le plan de soins portera sur ces facteurs pour atteindre le meilleur niveau fonctionnel possible pour le résident : amélioration, si elle est réalisable, ou maintien en l'état et prévention de déclins évitables.

Les GAD fournissent une aide à la prise de décision, en conduisant à une meilleure compréhension des situations problématiques potentielles. Ils contribuent à la formation du personnel et à une démarche de soins plus structurée. Ils fournissent à l'équipe multidisciplinaire une base solide pour l'élaboration du plan de soins du résident.

Lorsque la procédure d'évaluation complète aura été menée à terme en suivant la démarche RAI, l'équipe interdisciplinaire sera en mesure de déterminer le type de situation auquel elle est confrontée :

- le résident a un problème qui nécessite des interventions et son traitement est nécessaire pour agir avec succès sur d'autres problèmes fonctionnels ;
- une amélioration fonctionnelle est possible pour le résident dans un ou plusieurs domaines ;
- une amélioration est peu probable mais l'état fonctionnel actuel doit être préservé aussi longtemps que possible, en ralentissant au maximum la vitesse du déclin ;
- le résident présente un risque de détérioration et les efforts doivent porter sur le ralentissement de ce déclin et la prévention de complications fonctionnelles (par exemple, ankylose, douleurs) ;
- les soins doivent se concentrer sur le soulagement des symptômes et autres mesures palliatives pendant les derniers mois de la vie.

4.2. Quelle est la structure d'un GAD ?

Chaque GAD comporte 4 sections.

- **Section 1 : le problème.** Cette partie donne des informations générales sur la façon dont le problème considéré affecte la population des établissements pour personnes âgées. (*NdT :* quelques données chiffrées concernant la population âgée en France, tirées de l'enquête HID de l'INSEE de 1999 et d'autres enquêtes, ont été introduites dans la traduction française ; voir annexe 6, p. 364).

Le plus souvent, cette section décrit le cœur du problème ou les objectifs pour le domaine d'intervention. Lorsque l'on se reporte à un GAD, il est important de ne pas négliger cette section. Bien que la section 3 « Recommandations » apporte plus de détails, il convient de se référer aussi la section 1 car elle fournit des informations utiles pour l'analyse.

- **Section 2 : les signaux d'alarme.** Cette section identifie les réponses à un item (ou à une combinaison d'items) du MDS propres à un résident particulier qui alertent l'équipe pluridisciplinaire sur l'existence possible de problèmes, de besoins ou « d'atouts » (maintien de certaines fonctions, par exemple) chez ce résident. Ces réponses spécifiques indiquent l'existence de données cliniques signalant des situations qui *seront ou non* à prendre en compte dans le plan de soins. Les signaux d'alarme se limitent à « pointer » les situations que les membres de l'équipe multidisciplinaire doivent nécessairement examiner dans leur démarche de décision de soins. Quand l'état du résident concorde, pour un ou des items donnés du MDS, avec un « signal d'alarme » d'un GAD, celui-ci est « pointé » et l'on doit s'y reporter (et aussi éventuellement rassembler de nouvelles informations ou faire une évaluation complémentaire) en utilisant les « Recommandations ».

- **Section 3 : les « Recommandations ».** Cette section présente un ensemble détaillé d'informations utiles pour évaluer les facteurs qui peuvent être l'origine, contribuer à ou exacerber le problème signalé. Les « Recommandations » aident l'équipe à discerner si ce problème limite réellement l'état fonctionnel du résident ou si celui-ci présente un risque de le développer.

  Dans le premier cas, les « Recommandations » aideront l'équipe multidisciplinaire à déterminer si ce problème peut être éliminé ou réduit, ou si des soins spéciaux doivent être mis en œuvre pour maintenir le résident à son niveau fonctionnel actuel.

  En plus de l'identification des causes et des facteurs de risque contribuant au problème, les « Recommandations » peuvent aider l'équipe multidisciplinaire dans sa réflexion pour :

  1. Trouver des causes et des effets liés associés. Quelquefois un problème dépend d'une seule cause bien déterminée (par exemple, les chutes liées à la prescription d'un nouveau médicament qui entraîne des étourdissements). Le plus souvent, ce problème naît d'une combinaison de multiples facteurs (par exemple, pour les chutes, la combinaison d'un nouveau médicament, l'oubli du déambulateur et un lit trop haut, etc.).
  2. Déterminer si des problèmes pointés par plusieurs signaux d'alarme sont liés entre eux.
  3. Approfondir l'information sur l'état du résident avec lui-même, sa famille, une personne de confiance, le personnel en contact direct avec lui, le médecin traitant, les rééducateurs, le psychiatre, au moyen de tests diagnostiques ou de laboratoire, etc.
  4. Déterminer si le résident est apte à bénéficier de soins de réadaptation.
  5. Identifier le besoin de faire appel à un spécialiste.
  6. Commencer à formuler les objectifs et les moyens du plan de soins.

- **Section 4. Les « Clés de lecture du GAD ».** Cette section comporte deux parties. La première reprend les items du MDS qui ont signalé les GAD à analyser (les « signaux d'alarme »). La seconde est un *résumé* des « Recommandations ». Dans certains cas, elle y apporte des clarifications supplémentaires. Les clés de lecture du GAD doivent être consultées comme un « pense-bête », mais ne fait pas partie du corps principal du GAD.

Les guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD)

- **Les 18 GAD du RAI version 2.0[1] :**
  1. Confusion mentale aiguë *(delirium)*
  2. Perte cognitive/démence
  3. Fonction visuelle
  4. Communication
  5. Activités de la vie quotidienne (AVQ), potentiel de réadaptation fonctionnelle
  6. Incontinence urinaire/sonde à demeure
  7. Bien-être psychosocial
  8. État de l'humeur
  9. Troubles du comportement
  10. Occupations
  11. Chutes
  12. État nutritionnel
  13. Alimentation par sonde
  14. Déshydratation/équilibre liquidien
  15. Soins dentaires
  16. Ulcères de pression (escarres)
  17. Usage de médicaments psychotropes
  18. Contention physique
- **Les GAD empruntés au manuel RAI-domicile version 2.0 :**
  19. Douleur
  20. Soins palliatifs
  21. Maltraitance
  22. Problèmes de la peau et des pieds

1. Les noms des GAD ainsi que les « Recommandations » n'ont pas changé dans la version 2.0 par rapport à la version originale. Cependant, presque tous les « signaux d'alarme » ont été revus.

4.3. Quelle démarche le GAD implique-t-il ?

Il existe différentes façons de mener à son terme, à l'aide d'un GAD, une démarche d'analyse approfondie pour un résident présentant un problème particulier. Généralement, les GAD sont étudiés par les soignants des différentes disciplines en fonction des besoins de chaque résident. On peut aussi, dans certains établissements établir une règle selon laquelle certains GAD sont toujours traités par une profession particulière (par exemple, ce sont toujours les diététiciens qui étudient les GAD « État nutritionnel » et « Alimentation par sonde », lorsqu'ils ont été « pointés »). L'équipe multidisciplinaire peut s'associer lors de l'étude des « Recommandations » des GAD. Ainsi le passage de l'évaluation au plan de soins se réalise sans solution de continuité. Il n'y a pas de règles obligatoires sur la manière dont l'équipe utilisera les GAD. *Au contraire, il est souhaitable que, dans chaque établissement, l'équipe fasse preuve de créativité et fasse des essais jusqu'à ce qu'elle trouve « ce qui marche »* le plus efficacement chez elle pour obtenir le résultat désiré (c'est-à-dire, rappelons-le, une évaluation complète et approfondie qui sera utilisée pour établir un plan de soin individualisé pour chacun des résidents).

L'utilisation d'un GAD se déroule selon les étapes suivantes :

1. L'équipe utilise le système des signaux d'alarme (résumé sur le « Tableau d'alarme » ; voir annexe 2) pour déterminer les GAD correspondant aux domaines pour lesquels l'analyse doit être reprise et approfondie. Les problèmes « pointés » sont notés dans la colonne appropriée sur la « Récapitulation des GAD » (voir annexe 2).
2. Au moyen des GAD et de toute autre information utile, l'équipe approfondit son analyse dans les domaines repérés pour déterminer la nature du problème et en comprendre les causes spécifiques chez un résident en particulier.
3. L'équipe argumente les données clés concernant l'état du résident obtenues à partir de l'utilisation du GAD. Les éléments recueillis décriront généralement :
   – la nature du problème (ceci peut comprendre soit la présence de données objectives, soit – leur absence et des plaintes subjectives) ;
   – les complications et les facteurs de risque qui interviennent dans la décision de l'équipe pour la planification des soins ;
   – les éléments à prendre en compte pour mettre en place un plan de soins personnalisé ;
   – le besoin éventuel de recourir à un spécialiste pour une consultation ou une exploration approfondie.

   C'est l'ensemble des informations recueillies sur la situation du résident qui fournira la base de la décision : faut-il faire un plan de soins pour le problème « pointé » et quels sont les types d'intervention qui conviennent à ce résident en particulier ? La décision de faire un plan de soins sera, elle aussi, notée dans la colonne appropriée du tableau « Récapitulation des GAD » (voir annexe 2).
4. En se reportant aux informations fournies par cette analyse approfondie, l'équipe multidisciplinaire décide si le problème en question affecte ou non l'état fonctionnel du résident ou son bien-être et justifie la mise en place d'une intervention.
5. En accord avec les souhaits du résident, de sa famille et du médecin traitant, l'équipe interdisciplinaire développe, révise ou poursuit le plan de soins fondé sur cette évaluation globale.

4. 4. Procédure GAD. Étape I : identification par les signaux d'alarme d'un besoin d'approfondissement de l'évaluation

Plusieurs items (ou une combinaison d'items) du MDS constituent les « signaux d'alarme ». Il suffit de la présence d'un seul de ces « signaux d'alarme » pour qu'un GAD soit « pointé », bien que, pour beaucoup de GAD, chaque item-signal d'alarme présent doive être examiné en détail (par exemple, dans le GAD « Utilisation des médicaments psychotropes », il convient de s'attacher à l'étude de chacun des effets secondaires potentiels).

Notez que la notion de signal « impératif » ou « potentiel » existant dans la version 1.0 du RAI a été supprimée. Dans la version 2.0, il n'existe plus de « signaux d'alarme potentiels » ni de situations pour lesquelles un symbole sur le tableau d'alarme ne correspond pas à la nécessité de se reporter au GAD correspondant.

4.4.1. Définition des signaux d'alarme

Vous pouvez trouver les définitions des signaux d'alarme :

• dans la section 2 de chaque GAD ;

- dans les « Clés de lecture » à la fin de chaque GAD ;
- dans le « Tableau d'alarme » (voir annexe 2).

Le **« Tableau d'alarme »** est un **formulaire** de 2 pages qui résume l'ensemble des « signaux d'alarme » pour les 18 GAD du *RAI-institution*. Il s'agit d'un document de travail à utiliser par l'équipe multidisciplinaire pour déterminer quels sont les GAD « pointés » à partir du MDS (voir annexe 2, p. 351).

Une troisième page présente les signaux d'alarme des 4 GAD repris du *RAI-domicile*.

Dans certains établissements, la détermination des GAD « pointés » est faite à l'aide d'un logiciel plutôt qu'à la main. Le groupe de GAD « pointés » générés par le logiciel que vous utilisez doit être comparé aux définitions des « signaux d'alarme » pour vous assurer que le résultat est correct. Cette procédure doit être systématiquement effectuée sur un échantillon d'enregistrements chaque fois que des modifications auront été apportées au logiciel. Il est de la responsabilité de l'établissement de s'assurer de la fiabilité du logiciel en ce qui concerne le signalement des GAD. Au minimum, demandez-vous si les GAD générés par le logiciel sont ceux auxquels vous vous attendiez. Est-ce que le logiciel a manqué de signaler certains GAD que vous vous attendiez à voir apparaître ? au contraire, est-ce que des GAD que vous n'attendiez pas ont été pointés ? Le tableau « Récapitulation des GAD » vous y aidera (voir annexe 2, p. 356).

4.4.2. Pour identifier les GAD « pointés » à l'aide du « Tableau d'alarme »

1. Comparez le MDS rempli avec le « Tableau d'alarme » pour déterminer quels GAD ont été repérés pour analyse. Commencez par regarder la **légende** au coin supérieur gauche du formulaire du Tableau d'alarme. Remarquez qu'il y 4 façons possibles de « pointer » un GAD :
   - La **première**, signalée par un cercle noir plein [●] est la méthode prédominante. Ce symbole indique qu'il suffit d'1 item du MDS pour repérer le GAD.
   - La **seconde**, signalée par un « 2 » à l'intérieur d'un cercle plein [②] indique que 2 items MDS sont nécessaires pour pointer un GAD.
   - La **troisième** demande que l'item signalé par un astérisque [*] — par exemple, utilisation de l'un des 3 types de médicaments psychotropes : neuroleptiques (O4a), anxiolytiques (O4b) ou antidépresseurs (O4c) — soit associé à l'un des autres items indiqués par un **cercle noir plein** [●] dans la colonne « Utilisation des médicaments psychotropes ».
   - La **quatrième** est indiquée par un **« a » dans un cercle.** C'est un signal spécial pour les AVQ qui attire l'attention sur la possibilité de réadaptation ou le maintien des capacités actuelles.
   - Recherchez les colonnes correspondant au signal d'alarme « A-AVQ-Réadaptation » et au signal « B-AVQ-Maintien » en parcourant l'en-tête du formulaire « Tableau d'alarme ». Remarquez que chaque colonne « AVQ » est marquée d'un « a » minuscule dans un cercle.
   - S'il y a des cercles noirs pleins [●] dans les deux colonnes « AVQ » (« A-Réadaptation » et « B-Maintien »), donnez la préséance à la colonne « Maintien ».
2. Regardez les deux colonnes de gauche du « Tableau d'alarme » (p. 351). On y trouve la liste des codes des items du MDS à prendre en compte [1] (ils sont formés de la lettre correspondant à la section du MDS et du numéro de l'item dans cette section) ainsi que leur intitulé. Dans la 3e colonne, on trouve la liste des valeurs de code spécifiques qui « pointent » un GAD. Les autres colonnes ont pour intitulé le titre de chacun des GAD.

1. Ces codes sont repris dans la dernière colonne à droite pour faciliter la lecture.

Pour identifier un GAD « pointé », comparez les réponses inscrites sur le MDS du résident avec la colonne « Code » (la 3e). S'il y a correspondance, suivez horizontalement la ligne vers la droite jusqu'au moment où vous rencontrerez l'un des symboles (●, ② ou *). Si par exemple, vous voyez un cercle plein (●) dans une colonne, le GAD dont le titre se trouve en haut de cette colonne est « pointé ». Ceci signifie que l'évaluation doit être approfondie à l'aide des « Recommandations » du GAD pour ce problème particulier.

3. Notez quels GAD ont été « pointés ». Si vous le désirez, encerclez ou surlignez soit l'indicateur de signal d'alarme (le cercle noir ou l'un des autres symboles), soit le titre de la colonne.
4. Continuez la comparaison des items du MDS du résident avec les définitions du tableau en descendant le long de la colonne de gauche, jusqu'à ce que tous les GAD « pointés » aient été identifiés.
5. Quand vous avez achevé le passage en revue du « Tableau d'alarme », enregistrez sur le formulaire « Récapitulation des GAD » ceux qui ont été « pointés » en cochant les cases dans la colonne intitulée « Résultats du MDS » (colonne 3).

EXEMPLES

GAD « pointés »

- Quand Mme D. revient dans sa chambre après avoir pris son petit-déjeuner, elle ne peut s'en souvenir et demande toujours à l'infirmière quand le petit-déjeuner va être servi. L'item **B2a** du MDS (« Mémoire à court terme ») a été codé **1** (« Problème de mémoire ») et le GAD PERTE COGNITIVE/DÉMENCE est « pointé » pour un approfondissement de l'évaluation.
- M. F. est intellectuellement indépendant pour les décisions courantes. Sa capacité d'effectuer ses transferts varie d'un jour à l'autre et au cours de la journée. Tantôt il n'a pas besoin d'aide, tantôt il reçoit une aide importante d'une personne. L'item **B4** du MDS (« Capacité de décisions… ») est codé **0** (« Indépendant »). L'item **G1bA** (« Transfert ») du MDS est codé **3** (« Aide limitée »). Le GAD AVQ/POTENTIEL DE RÉADAPTATION est « pointé » pour un approfondissement de l'évaluation, centré sur la possibilité d'intervenir en vue d'une réadaptation.

Explication : M. F. a des capacités cognitives (intellectuelles) qui lui permettront d'acquérir de nouvelles techniques et de réaliser ses potentialités.

- M. P. reçoit des neuroleptiques deux fois par jour. Il est tombé au cours des 30 derniers jours. L'item **O4a** du MDS (« Neuroleptiques ») est codé **7** (« Reçus 7 jours par semaine »). L'item « Chutes » du MDS (**J4a**) est coché. Le GAD UTILISATION DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES est « pointé » pour un approfondissement de l'évaluation. (Remarque : puisque l'item **J4a** est coché, le GAD CHUTES est aussi « pointé »).
- Mme T. est hautement impliquée dans les activités de l'établissement. Quand il n'y a pas d'activités organisées programmées, elle s'active en lisant, faisant du crochet et écrivant son journal. Mme T. se réveille tôt le matin et ne fait que rarement la sieste. L'item **N1a** du MDS (« Éveil le matin ») est coché. **N2** (participe à des activités) est codé **0** (la plupart du temps). Il faut que *ces deux items soient présents en même temps* pour pointer le GAD OCCUPATIONS. La combinaison de ces facteurs suggère de centrer l'évaluation sur la révision du programme d'occupation en cours.
- Mme C. a une mobilité dans son lit limitée (Item **G1aA** du MDS). Des moyens de contention sont utilisés une partie de la journée. L'existence de l'un quelconque de ces items est suffisante pour pointer le GAD ULCÈRES DE PRESSION, en se concentrant sur les questions de prévention pour le futur. (*Remarque* : les autres GAD « pointés » sont les GAD AVQ et MOYENS DE CONTENTION).

Il existe différents *types* de signaux d'alarme. Ils focalisent différemment l'attention lors de l'examen du GAD.

1. **Problèmes potentiels.** Ces éléments suggèrent la présence d'un problème qui nécessite une évaluation supplémentaire et doit être pris en considération dans le plan de soins. Ils sont définis au sens strict comme justifiant une évaluation complémentaire. Ils comprennent les signes cliniques habituellement considérés comme indiquant l'existence possible de problèmes sous-jacents et, par suite, sont généralement bien compris par les membres de l'équipe.

   On donnera comme exemple, la présence d'ulcères de pression (escarres) ou l'utilisation de contention du tronc, qui indiquent toutes les deux le besoin d'un réexamen pour déterminer le type d'intervention appropriée ou si le traitement de troubles du comportement sous-jacents (agitation dépressive, par exemple) est susceptible d'en réduire ou d'en éliminer la cause.

2. **Signaux d'alarme pour dépistage.** Il s'agit d'indicateurs qui aident l'équipe à identifier des problèmes délicats à diagnostiquer. Comme certains problèmes sont souvent difficiles à évaluer chez les personnes âgées en institution, quelques signaux d'alarme ont été définis de façon extensive. Par suite, il peut y avoir un bon nombre de « faux positifs » (c'est-à-dire que l'évaluation pointe un GAD qui ne correspond pas automatiquement à un réel problème pour le résident). On citera comme exemple les signaux de *delirium* (état confusionnel aigu) ou de déshydratation. Cependant, l'expérience a montré que de nombreux résidents qui avaient ces problèmes n'avaient pas été reconnus comme tels avant que les problèmes n'aient été pointés par le tableau d'alarme. Or, ces problèmes méritent d'être pris en compte de façon très attentive.

3. **Prévention des problèmes.** Ce sont des indicateurs qui aident l'équipe à identifier les résidents qui risquent de développer des problèmes particuliers. On citera comme exemple les risques de chute ou d'ulcères de pression (escarres).

4. **Potentiel de réadaptation.** Ces facteurs visent à identifier les personnes qui ont un potentiel de réadaptation. En effet, *tous les « signaux d'alarme » n'identifient pas des déficits ou des problèmes*. Certains indiquent des domaines où le résident dispose de ressources particulières. En général, ils incitent à entreprendre des actions visant à améliorer l'état du résident ou à freiner son déclin.

   Par exemple, une réponse positive à l'item G8a du MDS indiquant que « le résident se croit capable d'une indépendance plus grande pour au moins une des AVQ » orientera l'évaluation et le plan de soins vers les domaines d'activité les plus importants pour le résident ou pour le domaine où il présente le plus de potentialités d'amélioration.

Quand un GAD a été pointé lors de l'évaluation d'un résident, les membres de l'équipe doivent connaître les réponses aux items du MDS qui ont indiqué ce GAD. *Cette étape est souvent négligée,* particulièrement si la sortie du « Tableau d'alarme » est informatisée ou si la personne qui l'examine n'a pas participé au remplissage du MDS.

La consultation de la section du GAD concernant les signaux d'alarme peut aider à orienter l'évaluation vers les éléments spécifiques à un résident particulier.

Par exemple, si le membre de l'équipe désigné pour évaluer un résident qui a fait une chute ou qui risque de chuter, sait que le GAD « Chutes » a été pointé parce que le résident a eu des étourdissements pendant la période d'évaluation (l'item **J1f** « Étourdissements » du MDS est coché), on se reportera au GAD en portant une attention particulière aux causes possibles des étourdissements et leurs traitements. Lors de cette étude, d'autres facteurs concernant le risque de chute pour le résident peuvent apparaître, mais la connaissance du signal d'alarme qui a permis le repérage de ce risque éclaire, ou éventuellement élimine, certaines approches du problème.

On peut inversement avoir tendance à penser que l'examen du GAD se limite aux items du MDS qui l'ont « pointé ». C'est une erreur qui peut conduire à ne pas remarquer des éléments clés et à élaborer un plan de soins moins bien adapté. La plupart des « signaux d'alarme » servent *à amorcer une démarche plus complète* intégrant les facteurs déterminants spécifiques (mentionnés dans les « Recommandations ») qui doivent être considérés en relation avec l'état du résident.

4.5. Procédure GAD. Étape 2 : examen du résident pour lequel des domaines d'intervention ont été repérés

« Étudier » un GAD consiste à approfondir l'évaluation d'un résident qui présente une situation clinique particulière sous l'angle d'un besoin potentiel d'intervention. Le GAD est utilisé pour organiser ou guider la démarche d'évaluation de telle façon que des informations nécessaires pour bien comprendre la situation du résident ne soient pas négligées.

Les GAD « pointés » sont utiles pour « glaner » les informations relatives à l'état du résident. Lors de l'étude du GAD, l'équipe travaille sur les items du MDS qui ont conduit à le « pointer » et sur leur nature (problème potentiel, dépistage extensif, prévention ou possibilité de réadaptation). L'attention est ainsi focalisée sur les informations qui seront utiles pour décider d'inscrire une intervention dans le plan de soins et sur son type.

L'information contenue dans le GAD est utilisée comme *complément du jugement clinique* et stimulant de la réflexion lorsqu'on cherche à résoudre une difficulté ou à comprendre des symptômes associés et leurs causes. Les « Recommandations » sont une aide, un outil, une base de départ. Le discernement et la perspicacité des membres de l'équipe multidisciplinaire permettront d'intégrer ces éléments pour l'évaluation approfondie de l'état du résident et l'élaboration d'un plan de soins adapté.

4.6. Procédure GAD. Étapes 3 et 4 : prise de décision et documentation des conclusions du GAD

Il est recommandé que le personnel ayant participé à cette évaluation, et qui dispose d'informations écrites sur l'état du résident en ce qui concerne les domaines repérés, fasse partie de l'équipe multidisciplinaire qui élaborera le plan de soins. C'est cette équipe, incluant le résident, sa famille ou un représentant, qui prendra les décisions d'intervention.

Afin d'assurer la continuité des soins et une bonne communication entre toutes les personnes impliquées, il est important que les informations provenant de l'évaluation qui ont conduit à ce plan de soins soient clairement écrites.

Il n'est pas nécessaire d'enregistrer tous les items cités dans les « Recommandations » du GAD, ni de faire la liste de tous les facteurs, qu'ils soient pertinents ou non. La documentation doit plutôt être centrée sur les questions clés, telles que :

- Pourquoi avez-vous pris en considération (ou non) tels problèmes particuliers dans le plan de soins ?
- Qu'en est-il des problèmes susceptibles d'affecter le fonctionnement quotidien du résident ?
- Pourquoi avez-vous décidé que le résident est « à risque », qu'une amélioration est possible ou que le déclin peut être freiné ?

• Pourquoi le résident pourrait-il tirer bénéfice de la consultation d'un spécialiste d'un domaine particulier (par exemple, gynécologue, psychologue, chirurgien, orthophoniste) ?

Ou, pour les *domaines « pointés » qui ne justifient pas une intervention :*

• Comment avez-vous déterminé que ce domaine « pointé » n'est pas problématique pour ce résident ?

Un document écrit sur les résultats de l'évaluation approfondie à l'aide du GAD et sur le processus de décision clinique doit apparaître quelque part dans le dossier du résident. On peut l'enregistrer sur des fiches spécifiques à chaque profession, dans un cahier d'observations, sur le résumé du plan de soins, dans un résumé libre du GAD, sur un questionnaire GAD, etc.

L'endroit où cette information est enregistrée n'a pas d'importance en soi. Ce qui est important, c'est que cela soit noté quelque part. Utilisez :

- **les colonnes 5, 6 et 7 du formulaire « Récapitulation des GAD » (annexe 2) pour noter la décision de l'équipe sur la nécessité de prendre en compte ce domaine dans la préparation du plan de soins ;**
- **la colonne 8 (« sources d'information utilisées ») pour indiquer l'endroit où l'on peut trouver les sources d'information utilisées pour l'étude de la situation et la prise de décision ;**
- **la colonne 9 (« pris en compte dans le plan de soins ») pour indiquer si le problème repéré fait l'objet d'un plan de soins.**

EXEMPLES DE DOCUMENTATION SUR L'ÉVALUATION DU RÉSIDENT UTILISANT LES « RECOMMANDATIONS » DES GAD

Les exemples suivants illustrent les différentes manières de documenter les informations sur l'état du résident que l'évaluateur a glanées en suivant les recommandations des GAD. Les références de ces informations seront notées dans le tableau « Récapitulation des GAD » ou sur une note de synthèse. Notez bien que ces exemples ne correspondent pas à des résidents particuliers ou à des cas types. Ils ne sont pas non plus liés les uns aux autres. Ils décrivent simplement des extraits de notes rédigées.

- **Exemple 1 :** exemple d'une note qui justifie la mise en route de l'évaluation d'un problème en utilisant les « Recommandations » d'un GAD.

Problème : troubles comportementaux

La semaine dernière, Mme E. a refusé les soins de kinésithérapie, s'est fortement fâchée avec les aides-soignantes, les a frappées et les injuriait chaque fois qu'elles essayaient de l'aider. Avant son admission il y a 4 semaines, Mme E. avait fait un AVC qui avait affecté son côté droit. Elle présente aussi une aphasie. Les premières semaines, Mme E. était léthargique et passive. Elle acceptait docilement les soins de l'équipe. Il était difficile de l'évaluer, dans plusieurs domaines, en raison de ses difficultés à communiquer. Elle a reçu sans difficulté les soins du kinésithérapeute pour de la mobilisation passive.

Ces troubles du comportement envers l'équipe sont nouveaux. Lorsque, aujourd'hui, j'ai observé ses interactions avec l'équipe, il m'a semblé que si on l'approche par sa droite, elle explose alors que si on arrive par la gauche, tout se passe bien.

Nous voyons que Mme E. commence à réagir de façon positive à son environnement et à sa situation et qu'elle nécessite une plus ample évaluation concernant une nouvelle approche de soins, une évaluation ophtalmologique pour éliminer des déficits de champ visuel et une consultation d'orthophoniste. Nous discuterons demain en équipe de la prise en charge de Mme E. et établirons un nouveau plan de soins prenant en comptes ces données.

- **Exemple 2 :** exemple de documentation de notes de suivi du dossier clinique indiquant qu'un problème existe et qu'il a été discuté avec le résident et d'une transmission qui décrit le commencement d'un travail d'évaluation du problème et de traitement de ses causes.

21/08/1995. Problème : incontinence urinaire

Note de suivi

Par 3 fois au cours des deux semaines précédentes, on a trouvé les vêtements de Mme D. mouillés durant la nuit. Les aides-soignantes ont aussi remarqué qu'elle empilait des gants de toilette dans sa culotte. J'ai parlé avec elle ce matin. Elle a admis qu'elle avait quelques accidents urinaires depuis quelque temps, mais elle les cachait. Elle a pleuré, disant : « j'ai tellement honte ». Je l'ai rassurée sur le fait que l'incontinence, bien que non normale, est courante et doit être évaluée pour envisager des possibilités de traitement. J'ai fait en sorte de revoir avec elle une évaluation étape par étape qui pourrait être faite en partie ici dans le service, et lui ai dit que, si besoin, elle verrait des spécialistes. Mme D. semblait soulagée et m'a demandé d'appeler sa fille avec cette information. J'ai parlé avec Mlle D. qui était d'accord pour l'évaluation. Elle a dit qu'elle avait noté une légère odeur d'urine lors de ses visites, mais sa mère avait toujours nié avoir des problèmes. Je contacte le médecin.

G. Hope, infirmière

- **Exemple 3 :** exemple de note dans un dossier clinique qui pourrait être utilisé en référence dans la « Récapitulation des GAD » pour notifier la décision de l'équipe d'établir un plan de soins quand un GAD clignote.

30/08/1995. Problème : état confusionnel aigu

Notes médicales

La semaine dernière, M. F. a présenté de nouveaux symptômes d'altération de la perception (il pense que quelqu'un saute par sa fenêtre la nuit quand le rideau bouge et a des hallucinations), il ne peut tenir en place (va et vient), s'agite et est davantage confus. La révision de son traitement montre que la dose de Digoxine® est passée de 125 mg un jour sur deux, à 250 mg tous les jours il y a 2 semaines lors d'un épisode d'infarctus. Son appétit a aussi diminué et il dit que la nourriture le rend malade. Il est persuadé que son alimentation est empoisonnée.

L'examen de M. F. est normal, sans signe de maladie aiguë ou autres causes d'état confusionnel aigu. Ses symptômes sont en accord avec une toxicité probable de la Digoxine®. Nous aurons un dosage du niveau de Digoxine® dans la matinée. Pendant ce temps, j'ai demandé à l'infirmière de suspendre ce médicament et de l'encourager à boire jusqu'à la réévaluation ce matin. Je lui ai prescrit temporairement une faible dose d'Haldol® à 0,5 mg. 2 fois par jour pour réduire ses hallucinations et sa détresse. Je le reverrai tous les jours avec l'intention de stopper l'Haldol® dès que son état mental reviendra à la normale.

Jean Todd, médecin

Notes infirmières

Tant que la confusion aiguë subsiste, M. F. recevra une surveillance accrue, portant sur la mesure de l'apport liquidien et l'orientation pendant les actes de la vie quotidienne, pour l'aider à se concentrer. Il lui sera permis de se promener à l'intérieur de l'unité, mais uniquement à l'intérieur de l'unité, jusqu'à ce qu'il ne soit plus confus.

J. Doe, infirmière

- **Exemple 4 :** ce cas illustre une documentation résumée utilisant les GAD pour évaluer les progrès d'un résident par rapport à un état précédent et aussi le succès d'un plan de soin au fil du temps.

Problème : escarre sur le trochanter droit

Il y a trois mois, M. H. a développé une escarre de décubitus stade III, au trochanter droit en s'endormant sur les spirales d'un cahier qu'il lisait au lit. M. H. recevait 10 mg d'Ambien au coucher pour dormir parce qu'il avait des difficultés à s'endormir à cause d'un voisin qui ronflait bruyamment. Il était ami avec ce compagnon de chambre et n'avait pas voulu changer de chambre quand on lui en a donné l'opportunité.

C'est à cause de son sommeil profond qu'il n'a pas changé de position et est resté couché sur les spirales de son cahier. Depuis, M. H. a accepté de changer de chambre et se trouve avec un voisin moins bruyant la nuit. Il a arrêté l'Ambien. Nous avons traité son escarre par débridement chirurgical et des pansements humides au sérum salé 3 fois par jour. L'ulcère s'est bien nettoyé, il a la taille d'une pièce de 10 centimes, avec du tissu de granulation propre. Le Dr K. a arrêté les pansements humides et nous avons mis un pansement transparent. M. H. a repris ses activités habituelles et participe à son programme de changement de position dans le lit. Nous continuons le plan de soins en cours.

- **Exemple 5 :** ce cas illustre une documentation utilisant les GAD pour évaluer les progrès à long terme d'un résident qui présente une incontinence urinaire chronique et un risque d'escarre.

Problème : incontinence urinaire de longue durée et risque

M. F. est un homme très sévèrement atteint de démence qui souffre d'immobilité secondaire à cette démence. Il présente une ankylose importante des coudes, des hanches, des genoux et chevilles rendant la toilette difficile. M. F. est frêle et ne va que du lit au fauteuil de repos. Il dépend totalement de l'équipe pour les AVQ, y compris pour manger. Depuis longtemps il présente une incontinence qui a été prise en charge l'année dernière avec un cathéter externe *péniflow* pour protéger sa peau (il a des antécédents d'éruption). Quand il a été transféré, il a été placé sur du matériel anti-escarre. Il bénéficie d'un programme de changement de position. Ce programme est efficace car M. F. ne présente ni rougeurs cutanées ni escarres. Comme nous, sa famille est d'accord pour continuer cette approche palliative de l'incontinence urinaire et la démarche de prévention des escarres (ulcères de pression).

- **Exemple 6 :** cet exemple illustre le fait qu'il n'est pas nécessaire d'utiliser les intitulés des GAD pour informer sur l'évaluation et l'analyse des problèmes du résident en utilisant les « Recommandations » des GAD. *L'objectif le plus important est de décrire les événements de façon à ce que tout le monde puisse comprendre ce qui est arrivé au résident.*

Problème : effets secondaires du Mélléril®

Deux fois au cours des 6 derniers jours, Mme L a été traitée pour un fécalome. Le registre des éliminations montre qu'elle va rarement à la selle. L'équipe dit qu'elle fournit de gros efforts. Mme F a une longue histoire de schizophrénie. Sa psychose a été traitée par plusieurs types de psychotropes au cours du temps. Récemment (au cours des 6 dernières semaines), nous avons remplacé l'Haldol® par le Mélléril® 50 mg 3 fois par jour pour son effet calmant, car elle était agitée, déambulait et avait des hallucinations. Le Mélléril® l'a calmé au point qu'elle peut maintenant rester assise et participer à quelques activités. Le dosage a été réduit mais comme les symptômes reparaissaient, on est revenu à 50 mg trois fois par jour. Sa tension a été stable (13/8-14/9) et elle n'a pas fait de chute. La constipation est très probablement liée au Mélleril®. Cependant, comme son état est stable et son activité meilleure, nous décidons d'en maintenir la dose actuelle, d'ajouter 100 mg de *Colace bdi,* de surveiller qu'elle reçoive la quantité de liquide adéquate et de demander à la diététicienne des suggestions pour son régime alimentaire.

- **Exemple 7 :** ceci est un exemple d'une note qui illustre l'évaluation de problèmes multiples qui ont été pointés par le MDS. Synthétiser l'évaluation en une seule note s'explique par le fait que les risques, les problèmes, leurs causes et les traitements sont liés entre eux. Sur la « Récapitulation des GAD » on renverra à la note ci-dessous pour plusieurs GAD pointés : « Chutes », « Utilisation des psychotropes », « Perte cognitive », « État de l'humeur ».

Problème : chutes

La sévère dépression de Mme T. a été améliorée par la clomipramine et la participation à un groupe de parole thérapeutique. Elle est devenue plus attentive à son environnement et a commencé à nouer des relations comme elle le faisait antérieurement. Elle reste désorientée dans le temps et continue à avoir besoin de beaucoup de rappels pour la plupart des tâches. Elle retourne à son groupe de cuisine tous les 2 jours. Son appétit s'est accru et elle mange la majeure partie de ce qui lui est servi. Maintenant nous sommes préoccupés par deux chutes au cours de la semaine passée. Elle marche habituellement seule, mais très lentement. Dans la soirée de lundi, elle a paru chanceler dans la salle à manger mais a saisi une chaise pour se retenir. Mardi, comme elle marchait dans le couloir avec sa fille, elle a vacillé mais sa fille l'a retenue avant qu'elle ne tombe. Mme T. assure qu'elle se sent bien. Elle nie ressentir des vertiges ou de l'instabilité et dit qu'elle a simplement trébuché contre une chaise. Hier, à la salle à manger, en se levant de sa chaise, elle est tombée sur le sol. Elle n'a subi aucune blessure mais elle était en hypotension (voir son dossier). Elle a été vue par le Dr R. qui a diminué la dose de clomipramine prescrite. Nous décidons de suivre ses signes vitaux deux fois par jour, de surveiller ses transferts et déplacements, d'observer ses changements d'humeur. Elle a été adressée au kinésithérapeute pour évaluation de l'équilibre.

- **Exemple 8 :** l'exemple suivant illustre la façon de documenter la situation lorsque l'état fonctionnel d'un résident se maintient au même niveau sur une longue période. L'évaluation à l'aide du MDS pointe alors toujours les mêmes GAD pour les mêmes raisons, mais l'état fonctionnel du résident n'a montré ni déclin ni amélioration. Remarquez que le diagnostic infirmier est utilisé comme intitulé du problème à la place du titre du GAD AVQ, potentiel de réadaptation fonctionnelle.

07/06/1995. Problème : altération de la mobilité physique

Mme X. présente une mobilité physique altérée due à une maladie de Parkinson. Elle fait ses transferts et marche avec un déambulateur. Elle reçoit l'aide d'une personne pour se mettre au lit, en sortir et marcher. Il lui arrive de « se bloquer » et son traitement a été ajusté avec succès. Il faut que l'équipe la cajole pour qu'elle marche deux fois par jour, car elle préférerait rester dans sa chambre. Cependant elle suit les séances de gymnastique (étirement et musculation) 3 fois par semaine dans le service : cela lui plaît et elle réussit très bien. Nous décidons de continuer le plan de soins en cours concernant la marche, les poids selon le protocole (voir les notes de suivi de la musculation et ses notes de suivi individuelles).

Ou alors, on pourrait trouver ce qui suit :

07/06/1995. Problème : transferts et marche altérés

Sujet : « Je déteste ces exercices, même si c'est bon pour moi. Heureusement, je vous aime bien. »

Observation : voir le MDS. À l'occasion, Mme X. se bloque et le dosage de son Sinemet a été ajusté par le Dr B. avec de bons résultats. Mme X. a besoin de la stimulation de l'équipe pour se promener 2 fois par jour dans le service. Elle préférerait rester dans sa chambre. Toutefois, elle semble apprécier les séances de musculation et d'étirement qui ont lieu 3 fois par semaine dans le service et elle y fait des progrès.

Action : le degré de mobilité est maintenu par la marche et les exercices de musculation.

Plan : continuer le plan de soins actuel, les poids selon le protocole de musculation établi (voir les notes de progrès de musculation et l'amélioration).

4.7. Procédure GAD. Étape 5 : développement ou révision du plan de soins

Si on décide d'intégrer un problème « pointé » dans le plan de soins, le responsable des soins ou l'équipe interdisciplinaire devra :

- revoir le plan de soins en cours, si le problème est déjà traité et faire, s'il y a lieu, les changements nécessaires en fonction de la nouvelle évaluation ;
- si besoin est, élaborer un nouveau plan de soins (problèmes, objectifs et moyens).

L'équipe peut choisir de combiner plusieurs problèmes intriqués en un seul plan de soins qui prendra en compte l'ensemble des facteurs à l'origine des problèmes et leurs conséquences.

Le chapitre 5 étudie de façon plus détaillée l'élaboration des plans de soins pour les résidents.

4.8. Questions fréquemment posées sur les GAD

Q : Est-il nécessaire de réexaminer le GAD si, pour un résident, le même GAD est toujours signalé de la même façon ? Par exemple, Mme P. « pointe » toujours le GAD État nutritionnel, parce qu'elle laisse 25 % de sa nourriture à la plupart des repas. Ce n'est pas une grosse mangeuse et elle préfère grignoter au cours de la journée — on ne signale pas que les portions servies sont très abondantes. Devons-nous examiner le GAD en entier à chaque fois ?

R : Non, lors d'une réévaluation, il n'est pas nécessaire d'étudier le GAD et de noter les résultats de cette analyse de la même façon que pour la première évaluation. Les « Signaux d'alarme » identifient les domaines méritant une évaluation approfondie. Le GAD guide cet approfondissement. Dans l'exemple ci-dessus, l'évaluation complémentaire peut révéler un problème de mastication ou de déglutition, un état confusionnel *(delirium)*, de la fatigabilité ou un rythme d'alimentation satisfaisant. Si Mme P. choisit de manger de fréquents en-cas et s'assure ainsi une alimentation équilibrée et suffisante, il n'y a pas de raison de revoir le GAD d'un bout à l'autre à chaque évaluation. Dans ce cas, soyez précis lors de la première évaluation de l'état nutritionnel : préférences, données confirmant que son apport alimentaire est suffisant, tous résultats de laboratoire et mesures de poids informant sur son état nutritionnel. Si le GAD continue à être « pointé » pour les mêmes raisons, faites référence en quelques lignes à l'évaluation initiale et notez que l'état du résident n'a pas changé. **Lors des évaluations suivantes, il sera toujours nécessaire d'évaluer l'état du résident pour valider l'absence de changement par rapport à l'évaluation initiale**.

Q : Est-il obligatoire d'écrire une note résumée présentant toute l'information du GAD ?

R : Il vous est demandé de présenter les informations obtenues par l'évaluation et la décision d'intervention de l'équipe. Ces renseignements devraient déjà faire partie du dossier médical et être facilement accessibles : dans ce cas, une note résumée ferait double emploi. Posez-vous la question : « Si je venais d'être engagée, serais-je capable de trouver et de comprendre la démarche d'évaluation et de prise de décision pour ce résident ? » Si vous répondez « oui », vous pouvez être assurée que vos informations sont complètes. Sinon, envisagez de rassembler les informations les plus importantes ou de « boucher les trous » par une courte note.

Q : J'ai souvent entendu différents sons de cloche sur ce qui est demandé pour la documentation des GAD. Cela dépend de l'établissement, des soignants, des livres, des logiciels et même du jour de la semaine ! Qu'en est-il réellement et comment pouvons-nous trouver ce qui doit être attendu de ces écrits ?

R : Les GAD ont été développés en référence aux bonnes pratiques cliniques. Ce que l'on attend de la documentation écrite, c'est toujours la même chose : guider l'approfondissement de l'évaluation des résidents qui présentent, ou sont susceptibles de présenter des problèmes (dans les domaines « signalés »). Cette évaluation est censée conduire à une meilleure compréhension des problèmes identifiés par le MDS. La « documentation » du GAD correspond à ce que vous devez avoir déjà rassemblé : l'évaluation clairement rédigée, les décisions prises à partir de la connaissance de la situation du résident par l'équipe et les plans de soins élaborés sur la base d'une évaluation complète et détaillée des besoins, des atouts et des préférences du résident.

Ce qui rend souvent l'équipe perplexe est en fait très simple. Que signifie « claire documentation » et « prise de décision » ? Le GAD guide l'évaluation et la documentation en découle. La « prise de décision » est un compte rendu écrit de la réflexion clinique de l'équipe sur les résultats de l'évaluation du résident. Ce processus apparemment simple en a dérouté beaucoup et ils se sont mis à la recherche d'autres méthodes plus « faciles ». Il en est résulté la création d'une industrie de manuels, de tableaux de bord, de listes résumées et de logiciels. Dans certains cas, ces produits peuvent aider l'équipe en lui fournissant un cadre facilitant l'évaluation clinique et la procédure de prise de décision. Pour d'autres, ils ne font qu'augmenter le flot de paperasse et rendre les démarches plus compliquées que nécessaire. Chaque établissement se doit d'établir une méthode de documentation qui fonctionne bien pour lui et de n'ajouter d'instruments supplémentaires que s'ils sont jugés clairement bénéfiques pour faciliter l'information et la prise de décision clinique.

Q : Je ne vois pas comment il nous serait possible de faire le *GAD Incontinence urinaire* dans les 14 jours suivant l'admission. De plus, il semble que chacun ait une conception différente du moment où l'examen des GAD doit être achevé. Pour certains c'est 7 jours après l'admission, pour d'autres 14 ou 21. Qui a raison ?

R : La démarche RAI doit être faite dans les 14 jours suivant l'admission. Puisque l'étude des GAD fait partie intégrante de cette démarche, on doit s'y reporter au cours de ces 14 jours, ce qui signifie que le premier examen des « Recommandations » des GAD doit avoir été réalisé et documenté à la fin de cette période. Cependant, les GAD peuvent mettre en évidence le besoin d'une évaluation plus large qui ne peut être achevée complètement dans ce laps de temps. Le GAD Continence urinaire en est un bon exemple. Il est généralement difficile de réaliser un bilan complet en 14 jours. Même la prescription et la programmation des premiers examens peuvent prendre plusieurs semaines. Ce qui doit être achevé le 14e jour après l'admission, c'est la première procédure d'évaluation avec le GAD et sa documentation. Vous n'attendrez évidemment pas plusieurs semaines pour débuter l'évaluation et décider d'un plan de soins. Les grandes lignes de ces premières décisions devront être décrites en même temps que les projets d'évaluation complémentaire.

Q : Est-ce que la personne qui signe à l'item B1 « Signature du coordinateur de la procédure d'évaluation GAD » sur le formulaire « Récapitulation des GAD » est la même que le coordinateur du MDS ? Quelles sont les dates qui doivent être notées aux items B2 et B4 de ce formulaire ? à qui correspond la « Signature de la personne remplissant l'item B3 (décision de planification des soins) » ?

R : Le « Coordinateur de la procédure GAD » (item B1) n'est pas nécessairement la même personne que celle qui a signé le MDS (item R2a). La date notée en B2 sur la « Récapitulation des GAD » correspond à la date où le coordinateur de l'étude du « guide d'analyse » (c'est-à-dire la personne qui en supervise la réalisation) note quels GAD ont été « pointés ». Ceci doit être fait au plus tard 14 jours après l'admission.

La personne renseignant l'item concernant la décision de plan de soins peut être toute personne susceptible d'organiser la mise en œuvre des décisions prises. Il s'agit d'une démarche interdisciplinaire. Le plan de soins doit être fait au plus tard le 21e jour après l'admission ou 7 jours après le remplissage du MDS et l'examen des GAD. À ce moment-là, les informations concernant la planification des soins devront avoir été remplies, datées (item B4) et signées par la personne responsable (item B3).

4.9. Quand le RAI n'est-il pas suffisant ?

La qualité des soins exige que chaque établissement fournisse et que chaque résident reçoive, les soins nécessaires pour atteindre et maintenir le plus haut niveau possible de son bien-être physique, mental et psychosocial, en s'appuyant sur une évaluation détaillée et un plan de soins global. Les services fournis ou organisés par l'établissement doivent correspondre aux standards professionnels de qualité. Ceci suppose que l'établissement surveille l'état du résident et y réponde par des interventions appropriées.

Le MDS est un instrument de dépistage. Il ne comporte pas la description détaillée de tous les éléments nécessaires à l'évaluation et à la planification des soins. Lorsqu'il remplit le MDS, l'évaluateur indique simplement la présence ou l'absence d'un facteur. Dans certains cas si, pour un résident particulier, le MDS indique la présence d'un problème potentiel, d'un besoin ou d'un point fort, l'évaluateur aura peut-être besoin d'affiner sa recherche et de s'informer plus en détail sur la situation du résident.

Par exemple, si on note sur le MDS qu'un résident a des contractures, on recherchera dans le dossier de soins des informations complémentaires précisant leur nombre, leur site et le degré de restriction de la partie touchée. Pour certains problèmes, on s'aidera aussi des GAD pour rassembler davantage d'informations.

En outre, l'utilisation du MDS et des GAD ne suffit pas nécessairement à remplir l'obligation où se trouvent les établissements de réaliser une évaluation détaillée et complète. Pour cela, on se doit d'évaluer tous les domaines pertinents pour chacun des résidents, que ces domaines soient ou non pris en compte par le RAI.

Par exemple, le MDS comporte une liste de diagnostics susceptibles d'avoir influé sur l'état ou les besoins du résident au cours des 7 jours précédant l'évaluation. Lorsque le MDS indique la présence d'un problème médical, comme un diabète mal compensé ou de l'hypotension orthostatique, on devra retrouver des traces d'une évaluation complémentaire de ces facteurs s'ils sont importants pour l'élaboration du plan de soins pour un résident particulier. Le besoin d'un examen physique complémentaire affinant les résultats pour des parties du corps particulières en est un autre exemple.

Certains établissements ont répondu à la nécessité de l'évaluation en créant des instruments très longs et très lourds, remplis en plus du MDS pour chaque résident. Souvent, cela mobilise inutilement les forces du personnel de l'établissement. *Une évaluation supplémentaire n'est nécessaire que pour les facteurs spécifiques à un résident particulier.*

Par exemple, une évaluation détaillée de l'état cognitif est inutile si aucun déficit n'a été noté sur le MDS. De plus, l'utilisation de multiples outils d'évaluation, mesurant sensiblement la même chose constitue le plus souvent une médiocre utilisation des ressources cliniques. Tous les membres de l'équipe inter-

disciplinaire doivent être formés à l'évaluation et capables de déterminer ce qui est nécessaire et approprié pour un résident en particulier. Des systèmes d'évaluation sophistiqués ne sauraient nécessairement remplacer le jugement clinique des membres de l'équipe.

4.10. Exemple : MDS, GAD et planification des soins

Cet exemple est organisé du point de vue de l'infirmière responsable de la coordination de la démarche RAI et de la planification des soins. Il est structuré en étapes, correspondant à la façon dont l'équipe de soins acquiert et utilise les informations à partir du MDS et des GAD.

Dans cet exemple :

- On présente un exemple des procédures de réalisation de l'évaluation selon la démarche RAI (à l'aide du MDS et des GAD).
- On vise à montrer comment les informations collectées avec le MDS conduisent à un approfondissement de l'évaluation, en examinant les GAD pointés, et à la planification des soins.
- On montre que la « Récapitulation des GAD » fait partie de cette démarche pour illustrer comment ce formulaire particulier peut aider à coordonner et à faciliter la transmission des données de l'évaluation et la prise de décision.

Cet exemple ne prétend pas être la présentation d'une démarche RAI réelle et complète (remplissage du MDS, examen des GAD, élaboration du plan de soins). Certains domaines d'évaluation et éléments de soins, bien que très appropriés, ne sont pas présentés ici.

4.10.1. Procédure d'évaluation

Nous commençons la procédure d'évaluation à l'aide du MDS par des exemples de notes extraites du dossier clinique et des échanges entre les soignants qui montrent les points à évaluer au cours des tout premiers jours du séjour. Ces exemples montrent que la collecte des renseignements pour l'évaluation avec le MDS et les GAD s'effectue dès l'admission, même si le MDS lui-même n'est rempli que plus tard.

Jour 1. Première admission de M. S. en provenance de l'hôpital (24/08/1995)

- Les notes « sujet, observation, action, plan » (SOAP) suivantes ont été rédigées après l'admission le 24 août 1995.

Sujet : « Venez vous asseoir près de moi, Jeanne. J'ai très soif. Donnez-moi de l'eau », dit M. S. en s'adressant à sa femme Marion (Jeanne, sa sœur, est décédée depuis 12 ans). Sa femme nous a dit que jamais auparavant il ne l'avait prise pour sa sœur mais que depuis son entrée à l'hôpital il a été plus confus.

Observation : M. S. a été admis en provenance de l'hôpital pour prothèse de la hanche gauche. Il est atteint de la maladie d'Alzheimer depuis 5 ans et a séjourné dans un service spécialisé de l'hôpital depuis 3 ans.

Selon le résumé de sortie de l'hôpital, M. S. a été agité au service des urgences. Il a reçu de l'Haldol® en intramusculaire plusieurs fois durant son séjour. Sa déshydratation a été traitée avec succès par perfusion intraveineuse. « Il était très confus, beaucoup plus qu'auparavant », selon les indications de sa femme. Comme autres médicaments, il a reçu de la ranitidine (Azantac®), morphine, Bactrim DS® pour une infection urinaire. Des moyens de contention lui ont été appliqués tout au long de son séjour.

M. S. est replié sur lui-même et ne répond qu'à son nom. Il prend sa femme pour sa sœur (ce qui est nouveau dans son cas). Il n'a pas conscience qu'il est dans un établissement. Il tripote continuellement ses draps et joue avec la sonnette.

Action : État confusionnel aigu possible lié à l'hospitalisation, aux médicaments, à l'infection urinaire, la douleur, l'isolement.

Plan : Surveillance attentive pour sa sécurité. Ne pas utiliser de moyens de contention. Commencer les contrôles tous les quarts d'heure quand il est réveillé. Encourager les activités hors de sa chambre. Continuer le Bactrim DS® encore 6 jours. Voir le médecin pour les prescriptions de médicaments. Demander à sa fille d'apporter quelques-uns des objets préférés de M. S. pour sa réorientation. Encourager la famille à venir le voir souvent, en leur expliquant les raisons du changement de son état cognitif. Surveiller attentivement la douleur provoquée par sa hanche. Donner du Tylénol® pour son confort. Établir une fiche de suivi de la douleur (dans le dossier clinique) pour évaluer l'efficacité du traitement antidouleur.

Jour 2. Note du médecin après sa visite à M. S. (25/08/1995)

J'ai vu M. S. aujourd'hui dans l'établissement où il vient d'être admis récemment. Il est atteint de la maladie d'Alzheimer depuis 5 ans, compliquée d'un état confusionnel aigu. Son hospitalisation pour pose d'une prothèse de la hanche a été compliquée d'une infection urinaire, d'une déshydratation et d'un état confusionnel aigu (Delirium). On ne sait pas encore actuellement si ce changement de l'état cognitif est dû à la déshydratation, à l'infection ou aux médicaments. Sa femme signale qu'il avait des difficultés à uriner avant l'admission mais pensait que cela était normal compte tenu de l'hypertrophie de sa prostate. Depuis l'admission, j'ai arrêté la morphine et commence le Tylénol®, 650 mg toutes les 6 heures. J'ai aussi changé l'Haldol® (à la demande) et en diminuerai progressivement la dose. Poursuite du Bactrim DS® jusqu'à la fin de la prescription. Arrêt de l'Azantac®. LE motif de sa prescription n'est pas clair et il peut avoir contribué à l'état confusionnel. Suivi des entrées et sorties pendant les 7 prochains jours. J'examinerai à nouveau M. S. lundi.

Jour 4. Informations diverses (27/08/1995)

Ce qui suit est un exemple de dialogue entre l'infirmière (I) et l'assistante sociale (AS) à propos de ce qui a été appris lors des examens à l'admission. Cela ne représente pas les données de l'évaluation mais présente la démarche d'évaluation multidisciplinaire. Ceci comprend aussi les notes de suivi infirmières et une note séparée sur la rééducation physique. La sensibilisation de l'équipe aux besoins et traitements du résident s'accroît.

AS : « Au cours des deux premiers jours après son admission, j'ai parlé avec M. S., sa femme Marion et sa fille aînée, Suzanne. Au cours de la conversation, M. S. était incapable de répondre à des questions simples. Il s'écartait constamment du sujet et s'est absorbé dans le lissage de ses draps. Marion et Suzanne ont dit qu'habituellement il ne pouvait répondre à des questions simples sur ses besoins immédiats, mais qu'il pouvait parler sans fin d'ébénisterie et d'opéra. »

I : « M. S. est beaucoup plus clair aujourd'hui. Bien qu'il ne se souvienne pas de m'avoir déjà vue, il répond à son nom, déclare qu'il n'est pas chez lui mais dans un établissement pour personnes âgées. Sa femme était présente et il l'a appelée par son vrai nom. »

AS : « Marie (l'infirmière de nuit) m'a dit que son état cognitif continuera probablement à s'améliorer lorsque son état confusionnel disparaîtra. J'en ai fait part à la famille qui a semblé soulagée. »

I : « Elle a probablement raison. L'infection urinaire, la déshydratation, la morphine, l'Azantac® et l'Haldol® ont sans doute contribué à cet épisode de confusion aiguë, mais, à cause de sa maladie d'Alzheimer, il est difficile d'évaluer son état de départ. »

AS : « Donc, sa famille le décrit comme un homme sociable, qui se réjouissait de participer aux réunions du centre de jour. On a diagnostiqué sa maladie d'Alzheimer il y a 5 ans, mais sa fille déclare qu'elle trouvait qu'il avait des problèmes plusieurs années avant le diagnostic formel. Sa femme aussi m'a dit qu'il avait de plus en plus de difficultés dans les AVQ. Elle devait fractionner les tâches en sous-tâches. Il avait besoin de beaucoup d'encouragement et d'incitation, tout particulièrement pour s'habiller. »

I : « Son examen physique d'admission a eu lieu hier. Vu l'état des choses, tout semble OK. L'hypertrophie de sa prostate entraîne probablement de la rétention d'urine, ce qui augmente le risque d'infection urinaire, mais la cicatrice est saine. Il semble bien hydraté et les aides-soignantes de l'après-midi et de la nuit signalent qu'il a bien bu. Il continue à manipuler ses draps, ce qui, selon sa femme, est nouveau, mais cela va en diminuant. Ceci peut signifier la fin de cet épisode de confusion aiguë. Nous allons continuer à suivre ses entrées et sorties, et son état cognitif en fonction de son état confusionnel aigu. Il risque de tomber. Son traitement antibiotique pour l'infection urinaire va encore durer quelques jours. Le kiné le verra demain. Je vais rédiger une brève note pour consigner les sujets que nous avons abordés dans nos échanges. »

Note infirmière

Échanges sur l'état de M. S. avec l'assistante sociale. M. S. « semble plus clair aujourd'hui ». Il reconnaît les personnes, est capable d'identifier sa femme et de l'appeler par son nom, sait qu'il n'est pas chez lui. Il reconnaît comme siens les objets que sa femme lui a apportés de chez lui (tableau et affiche d'opéra), sa manipulation des draps a diminué. Comme son état confusionnel aigu s'améliore, nous pourrions le voir revenir à son état antérieur. À l'examen, M. S. semble bien hydraté, le rapport entrées/sorties est correct selon les rapports des aides-soignantes. Il ne manifeste une douleur modérée que quand il se déplace et reçoit régulièrement du Tylénol®. La diminution progressive de la dose d'Haldol® ne semble pas avoir d'effets négatifs pour lui.

Catherine C., infirmière

Note du kinésithérapeute (CH : physiothérapeute)

Le 14 août 1995, il a fait une chute et s'est fracturé le col du fémur gauche. La mise en place d'une prothèse a eu lieu avec succès. Il est passé à l'appui limité le 21/08/1995. En raison de la dégradation de son état cognitif et d'autres problèmes, il ne se déplaçait pas, sinon du lit aux toilettes avec l'aide du personnel.

Selon sa fille, qui prenait part à ses soins à son domicile, sa chute a constitué un événement isolé. Habituellement il se déplace à l'extérieur de son domicile, va au Centre de jour et fait de fréquentes promenades sans but précis. Entre la fin de son hospitalisation et son admission ici, sa tension orthostatique et son pouls se sont maintenus dans les limites normales, mais des changements orthostatiques avaient été notés lors de son admission à l'hôpital.

Sa chute est survenue à 2 heures du matin. Le résident avait été très agité toute la journée. Il semblait avoir des difficultés à uriner. Sa femme avait prévu de le conduire chez le médecin dans la matinée. M. S. s'est levé et il a été retrouvé errant autour de la maison. Sa femme a essayé de le faire revenir se coucher mais il est allé dans la salle de bain, est entré dans la douche tout habillé et est tombé. Sa femme ne sait pas exactement s'il a glissé ou s'il est juste tombé.

À l'examen, il n'avait pas de changement de pression orthostatique ou de rythme cardiaque de la position couchée à la position debout. Il était capable de passer du lit à la position debout avec supervision. Avec son nouveau déambulateur, il peut se déplacer dans les couloirs en sécurité. Il ne semble pas troublé par le déambulateur et suit mes consignes correctement.

Le résident est prêt pour l'appui total. Il devra marcher trois fois par jour avec un membre du personnel et recevra des incitations verbales pour l'utilisation du déambulateur. Une pancarte avec « M. S., pensez à votre tripode » (le terme qu'il utilise pour déambulateur) a été placé près de son lit et sur la porte. Selon les notes du service spécialisé d'où il vient, il est capable de lire et de suivre des indications écrites simples.

Évaluation : M. S. présente un risque de chutes futures en raison de sa récente fracture du col du fémur et de sa prothèse, de ses déficiences cognitives et de la nouvelle nécessité d'utiliser un déambulateur (dont il pourra peut-être arriver à se passer) et de son état confusionnel résiduel.

Plan : Surveiller attentivement tout déplacement. Marcher dans le couloir au moins 3 fois par jour. Au cours des 2 prochaines semaines, augmenter progressivement la distance, de sa chambre à la salle à manger.

Jean D., kinésithérapeute

Jour 5 (28/05/1995)

- Exemple de rédaction des informations complémentaires rassemblées, susceptibles d'être pertinentes pour une évaluation complète et détaillée à l'aide du MDS et des GAD.

Note infirmière

Résident incontinent urinaire pour les trois équipes depuis son admission. À son domicile, il avait l'habitude d'aller de lui-même aux toilettes, avec quelques rappels de la part de sa femme avant de sortir et de se coucher. Résident ayant des antécédents d'hypertrophie de la prostate et de rétention urinaire. Il va à la selle chaque jour et produit des selles souples, bien formées, en quantité modérée. Le toucher rectal ne montre pas de fécès dans le rectum. M. S. reçoit des doses décroissantes d'Haldol®. Nous espérons que l'incontinence régressera avec la diminution de l'Haldol, un traitement complet de l'incontinence urinaire et la guérison de l'état confusionnel aigu. Il a été décidé de noter sur une fiche la fréquence des émissions d'urine et de selles, entrée/sortie de liquides, d'évaluer la dilatation de la vessie, de parler avec sa femme de ses habitudes antérieures en ce qui concerne les rappels pour aller aux WC et de continuer à revoir ses médicaments : Haldol® et Bactrim DS®.

Catherine C., infirmière

4.10.2. Rédaction de l'ensemble des informations

Le cas ci-dessus est un exemple des échanges et des actions qui ont lieu pendant la collecte de l'information et l'organisation des soins au cours des premiers jours du séjour du résident dans l'établissement. En utilisant ce matériau et d'autres informations, l'équipe remplira ensuite le MDS. Chaque discipline complétera la part du MDS qui lui revient, recoupera les évaluations des différents membres de l'équipe multidisciplinaire ainsi qu'entre les différentes équipes pour en assurer la pertinence et la cohérence, puis le coordinateur signera l'ensemble.

Vous trouverez ci-après (p. 196) le MDS de M. S. rempli. Notez qu'il comporte les informations présentées précédemment mais aussi des renseignements qui n'ont pas été explicités. En l'examinant, repérez les informations qui seront utilisées par l'équipe pour établir le plan de soins.

RECUEIL MINIMUM DE DONNÉES (MDS) VERSION 2.0
pour l'évaluation du résident en institution, en vue d'un plan de soins

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION

AA. IDENTIFICATION

1	NOM DU RÉSIDENT	S. nom prénom	
2	SEXE	1. masculin 2. féminin	1
3	DATE DE NAISSANCE	16-02-1910 jour mois année	
4	NATIONALITÉ	1. Nationalité du pays 2. *(code de réserve)* 3. *(code de réserve)* 4. *(code de réserve)* 5. Autre (en clair) :	1
5	N° assuré social (F) ou AVS (CH)	11002757424 32	
6	ÉTABLISSEMENT	a. Code b. Nom	
7	N° mutuelle (F) ou caisse maladie (CH)		
8	MOTIFS DE L'ÉVALUATION	REMARQUE : les autres codes (a.6 à a.9) ne s'appliquent pas sur ce formulaire **a. Motifs de l'évaluation** 1. Évaluation à l'admission 2. Évaluation annuelle 3. Évaluation pour changement significatif 4. Correction significative d'une évaluation précédente 5. Évaluation trimestrielle 0. AUCUNE DES RUBRIQUES CI-DESSUS **b. Évaluation spéciale** 1. Évaluation au 5e jour 2. Évaluation au 30e jour 3. Évaluation au 60e jour 4. Évaluation trimestrielle avec MDS complet 5. Évaluation lors de réadmission ou retour 6. Autre motif	1
9	SIGNATURES DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ AU REMPLISSAGE DE CETTE SECTION	a. Signature — Fonction — Date M Doyle — IDE — 25/08/95 b. Signature — Fonction — Date	

Instructions générales

Ce formulaire doit être **rempli** lors de la première évaluation à l'admission et **vérifié** pour tous les types d'évaluation énumérés à l'item AA8 « Motifs de l'évaluation ».

case vide = mettre le code adéquat

a. case avec lettre = cocher tout ce qui s'applique

Items indispensables pour le suivi dans un système informatisé.

© Copyright InterRAI Corporation, Ann Arbor, MI, octobre 1995. Traduction février 2000.

Nom et prénom : **M.S.** Identifiant : **17349**

RECUEIL MINIMUM DE DONNÉES (MDS) VERSION 2.0
pour l'évaluation du résident en institution, en vue d'un plan de soins

INFORMATION DE BASE À L'ADMISSION

Section AB. IDENTIFICATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1	DATE D'ENTRÉE	*Date de début du séjour. Note : Si le dossier a été fermé lors d'un transfert à l'hôpital ou d'une sortie provisoire, ne notez pas ici la date de réadmission mais conservez la date de la première admission* — jour 24 - mois 08 - année 1995	
2	PROVENANCE (AU MOMENT DE L'ADMISSION)	1. domicile privé sans soins à domicile 2. domicile privé avec soins à domicile 3. « Résidence services » (voir manuel) 4. étab. de soins de longue durée, SCM (F), EMS (CH) 5. hôpital de soins aigus (court séjour) 6. établissement psychiatrique 7. étab. de suite, de réadaptation 8. autre	5
3	VIVAIT SEUL/E (AVANT L'ADMISSION)	**0.** non **1**. oui **2**. en institution	0
4	CODE POSTAL DU DOMICILE ANTÉRIEUR	94240	
5	SÉJOUR EN INSTITUTION AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES AVANT L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT	***Cochez tous les lieux de séjour*** *dans les 5 années précédant la date d'entrée (item AB1 ci-dessus)* a. séjour antérieur dans cet établissement — a. b. autre étab. de séjour de longue durée — b. c. foyer logement, appartement protégé « résidence services », etc. — c. d. établissement de santé mentale ou psychiatrique — d. e. institution pour handicapés mentaux — e. f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — X f.	
6	PROFESSION ANTÉRIEURE		
7	SCOLARITÉ	***Codez le plus haut niveau atteint*** 1. Aucune scolarité 2. Moins de 9 années de scolarité 3. 9 à 11 années de scolarité 4. bac (F) ou maturité (CH) 5. école sup. technique, de commerce, professionnelle 6. université, grandes écoles 7. inconnu	5
8	LANGUE	a. Langue maternelle — **0**. français **1**. autre b. si autre, spécifiez	0
II	DATE DE REMPLISSAGE DE CE FORMULAIRE	jour 25 - mois 08 - année 1995	

Section AC. HABITUDES DE VIE

1	HABITUDES DE VIE AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDANT L'ADMISSION	*Cochez ce qui convient. Si toutes les informations sont* **INCONNUES**, *cochez seulement la dernière case.*	
		CYCLE DES ÉVÉNEMENTS QUOTIDIENS	
		a. se couche tard le soir (ex. : après 21h)	X a.
		b. fait la sieste chaque jour (au moins 1 h)	b.
		c. sort un jour ou plus par semaine	c.
		d. est occupé par des hobbies, de la lecture ou des activités routinières régulières	d.
		e. passe la plupart de son temps seul ou devant la télévision	e.
		f. se déplace sans aide à l'intérieur (éventuellement avec des moyens auxiliaires CH / aides techniques F)	f.
		g. fume au moins une fois par jour	g.
		h. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	h.
		HABITUDES ALIMENTAIRES	
		i. règles alimentaires particulières	i.
		j. mange entre les repas tous les jours ou presque	X j.
		k. consomme des boissons alcoolisées au moins une fois par semaine	k.
		l. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	l.
		HABITUDES RELATIVES AUX AVQ	
		m. en tenue de nuit la plupart du temps	m.
		n. se lève pour aller aux toilettes la nuit	X n.
		o. selles irrégulières	o.
		p. préfère la douche au bain	X p.
		q. prend sa douche ou son bain le soir	X q.
		r. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	r.
		HABITUDES SOCIALES	
		s. contacts quotidiens avec parenté ou amis proches	s.
		t. fréquente régulièrement un lieu de culte	t.
		u. trouve des ressources dans la foi	u.
		v. présence quotidienne d'un animal domestique	v.
		w. impliqué dans des activités de groupe	w.
		x. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	X x.
		y. **Inconnues :** ni le résidant ni sa famille ne sont capables de fournir ces informations	y.

Section AD. SIGNATURES

Signatures des personnes ayant rempli le formulaire « Informations de base à l'admission »

	Signature de la personne responsable de la coordination de l'évaluation	Titre	Date
a.	M. Doyle	IDE	25/08/95
	Signature des personnes ayant participé à l'évaluation	Titre	Date
b.			
c.			
d.			
e.			
f.			
g.			

[ ] case vide = mettre le code adéquat

[a.] case avec lettre = cocher tout ce qui s'applique

© Copyright InterRAI Corporation, Ann Arbor, MI, octobre 1995.
Traduction février 2000.

RECUEIL MINIMUM DE DONNÉES (MDS) VERSION 2.0

pour l'évaluation du résident en institution, en vue d'un plan d'intervention

FORMULAIRE D'ÉVALUATION COMPLET

(État durant les 7 derniers jours, sauf autre indication)

A. IDENTIFICATION ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

1	NOM DU RÉSIDENT	nom **S.** prénom
2	N° D'UNITÉ ET N° DE CHAMBRE	**0 0 0 0 0 3** unité de soins — **0 0 3 5** chambre
3	DATE DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉVALUATION	a. Date du dernier jour d'observation pour le MDS **0 6**-**0 9**-**1 9 9 5** (jour – mois – année) b. Formulaire original (codez : 0), ou ayant reçu des corrections (codez nb corrections) **0**
4	DATE DE RÉADMISSION	*Date de réadmission après un transfert temporaire dans un hôpital dans les 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 j)* (jour – mois – année)
5	ÉTAT CIVIL	**1**. célibataire **3**. veuf(ve) **4**. séparé(e) **2**. marié(e) ou vivant maritalement **5**. divorcé(e) **2**
6	N° de DOSSIER MÉDICAL	
7	SOURCES DE PAIEMENT	*Cochez tout ce qui s'applique dans les 30 derniers jours.* a. résident [ ] — b. famille [X] — c. assurance maladie [ ] — d. aide sociale [X] — e. APA (F) [ ] — f. autre [ ]
8	MOTIF DE L'ÉVALUATION	**a. Motifs usuels** 1. admission (évaluation dans les 14 j) 2. évaluation annuelle 3. changement significatif de l'état du résident 4. correction significative de l'éval. précédente 5. évaluation trimestrielle 6. sortie (retour non prévu) 7. sortie (retour prévu) 8. sortie avant la fin de l'évaluation initiale 9. réadmission 0. AUCUNE DE CES RUBRIQUES **1** **b. Motifs spéciaux** *(voir manuel)*
9	RESPONSABILITÉ LEGALE	*Cochez tout ce qui s'applique* a. tuteur [ ] b. autre référent légal [ ] c. référent pour les soins *(voir manuel)* [ ] d. délégation légale durable (finances) [ ] e. membre de la famille [ ] f. résidant responsable [ ] g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [ ]
10	VOLONTÉS EXPRIMÉES	*Cochez tout ce qui s'applique,* ***seulement si cela est documenté dans le dossier clinique.*** a. testament de vie [X] — b. ne pas réanimer [X] — c. ne pas hospitaliser [ ] — d. don d'organes, tissus et cellules [ ] — e. autopsie [ ] f. refus d'alimentation artificielle [ ] — g. restrictions quant à l'usage de médicaments [ ] — h. autres restrictions de traitement [ ] — i. AUCUNE DE CES RUBR. [ ]

B. ÉTAT COGNITIF

1	ÉTAT COMATEUX	*(état végétatif durable, inconscience)* **0**. non **1**. oui (**sauter à la section G**) **0**
2	MÉMOIRE	*(se rappeler ce que l'on a appris ou su)* **a. court terme :** semble se rappeler après 5 minutes **1** **0**. mémoire OK **1**. Problèmes de mémoire **b. long terme :** semble se rappeler le passé **1** **0**. mémoire OK **1**. Problèmes de mémoire
3	MÉMOIRE CAPACITÉ DE SE SOUVENIR	*Cochez tout ce dont le résident est capable de se souvenir durant les 7 derniers jours* a. saison actuelle [X] — b. situation de sa propre chambre [ ] — c. nom, visage des membres du personnel [ ] — d. le fait d'être dans une institution [X] — e. AUCUN SOUVENIR DES POINTS CI-DESSUS [ ]
4	FACULTÉS COGNITIVES POUR LES DÉCISIONS COURANTES	*Décisions du résident concernant les tâches de la vie quotidienne* 0. **INDÉPENDANT :** décisions logiques et raisonnables 1. **INDÉPENDANCE RELATIVE :** quelques difficultés dans les situations nouvelles 2. **DÉFICIENCE MODÉRÉE :** décisions de faible qualité, a besoin de stimulation et de supervision **2** 3. **DÉFICIENCE GRAVE :** ne prend pratiquement jamais de décisions
5	SIGNES D'ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU (DELIRIUM) FLUCTUATIONS DE LA PENSÉE OU DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE	*Codez le comportement durant les 7 derniers jours* **Note :** ***une évaluation précise demande un entretien avec le personnel et la famille qui ont une connaissance directe du comportement du résident pendant cette période.*** **0**. comportement non observé **1**. comportement observé, mais n'est pas nouveau **2**. comportement observé, mais qui diffère du comportement habituel (ex. : comportement nouveau ou détérioration) a. **FACILEMENT DISTRAIT** (ex. : difficulté de concentration, dévie de son sujet) **2** b. **ÉPISODES D'ALTÉRATION DE LA PERCEPTION DE LA RÉALITÉ** (ex. : parle à quelqu'un qui est absent, croit qu'il(elle) est quelqu'un d'autre, confond jour et nuit) **2** c. **ÉPISODES DE DISCOURS INCOHÉRENT** (ex. : discours dénué de sens ou hors de propos, sautant d'un sujet à l'autre, sans suite logique) **0** d. **PÉRIODES D'AGITATION MOTRICE** (ex. : avoir la bougeotte, martyriser sa peau, ses habits, changements. fréquents de position, mouvements répétitifs, pousser des cris) **2** e. **PÉRIODES DE LÉTHARGIE** (ex. : apathie, avoir le regard perdu, réveil difficile, peu de mouvements du corps) **0** f. **FONCTIONS MENTALES VARIANT EN COURS DE JOURNÉE** (ex. : tantôt mieux, tantôt pire, comportements symptomatiques tantôt présents, tantôt absents) **2**
6	CHANGEMENT DE L'ETAT COGNITIF	*Changement de l'état cognitif, des compétences ou des capacités durant les 90 derniers jours ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 j)* **0**. pas de changement **1**. amélioration **2**. détérioration **2**

C. COMMUNICATION / AUDITION

1	AUDITION	*Avec appareil auditif, s'il est utilisé* 0. **ENTEND BIEN** (conversation, TV, téléphone) 1. **DIFFICULTÉS MINIMES** dans un environnement bruyant 2. **N'ENTEND QUE DANS CERTAINES SITUATIONS** (l'interlocuteur doit élever le ton et articuler) 3. **ATTEINTE GRAVE**, n'entend pratiquement rien **0**
2	APPAREILLAGE OU AIDE TECHNIQUE (MOYENS AUXILIAIRES) (CH)	*Cochez tout ce qui s'applique aux 7 derniers jours* a. appareil auditif disponible et utilisé [ ] b. appareil auditif disponible, non utilisé [X] c. autres moyens de communication (ex : lecture labiale) [ ] d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [ ]

[ ] case vide = mettre le code adéquat — **a.** case avec lettre = cocher tout ce qui s'applique

© Copyright InterRAI Corporation, Ann Arbor, MI, octobre 1995. Traduction mars 2001, révisée 2002.

C. COMMUNICATION (suite)

3	MODES D'EXPRESSION	*Cochez tout ce que la personne utilise pour exprimer ses besoins* a. la parole [X] b. messages écrits [ ] c. Braille, langage des signes [ ] d. signes, gestes, sons [X] e. tableau pour communiquer [ ] f. autre [ ] g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [ ]	
4	SE FAIRE COMPRENDRE	**0. EST COMPRIS** **1. EST GÉNÉRALEMENT COMPRIS** (difficulté pour trouver ses mots ou aller au bout de sa pensée) **2. EST PARFOIS COMPRIS** (capacité limitée à l'expression de demandes concrètes) **3. RAREMENT OU JAMAIS COMPRIS**	2
5	CLARTÉ DU LANGAGE	*Codez ce qui s'applique aux 7 derniers jours* **0. LANGAGE CLAIR** (mots intelligibles, distincts) **1. LANGAGE INDISTINCT** (mots bredouillés, inarticulés) **2. PAS DE LANGAGE** (ne prononce aucun mot)	0
6	CAPACITÉ À COMPRENDRE LES AUTRES	**0. COMPREND** **1. COMPREND GÉNÉRALEMENT**, risque de manquer une partie du message **2. COMPREND PARFOIS**, répond adéquatement à un message simple et direct **3. COMPREND RAREMENT OU JAMAIS**	2
7	MODIFICATION DE L'AUDITION OU DE LA COMMUNICATION	*Au cours des **90 derniers jours,** changement dans la façon dont le résident entend, s'exprime ou comprend une information (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours* **0.** pas de changement **1.** amélioration **2.** détérioration	2

D. VISION

1	VISION	*Vision dans une lumière adéquate et avec lunettes, si utilisées* **0. BONNE**. Distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres **1. UN PEU DÉFICIENTE.** Ne lit que les gros caractères (titres) des journaux/livres **2. DÉFICIENTE.** Vision limitée, ne distingue pas les titres des journaux mais reconnaît les objets **3. TRÈS DÉFICIENTE.** Semble suivre les objets des yeux, sans pouvoir les reconnaître **4. GRAVEMENT ATTEINTE.** Ne distingue rien sinon la lumière, les couleurs ou les formes. Ne suit pas les objets des yeux.	1
2	LIMITATIONS OU DIFFICULTÉS VISUELLES	*Cochez ce qui s'applique* **a. problème de vision latérale**, vision périphérique diminuée (ex. : laisse de la nourriture sur le bord de l'assiette, se déplace avec difficulté, heurte gens ou objets, évalue mal les distances pour s'asseoir) [ ] a. **b. symptômes suivants :** halos ou anneaux autour d'une source lumineuse, éclairs lumineux, voiles devant les yeux [ ] b. c. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [X]	
3	AIDES TECHNIQUES POUR LA VUE	(lunettes, lentilles de contact, implants, loupe) **0.** non **1.** oui	1

E. HUMEUR ET COMPORTEMENT

1	SIGNES DE DÉPRESSION, D'ANXIÉTÉ ou DE TRISTESSE	*Codez tous les signes observés au cours des **30 derniers jours**, quelle qu'en soit la cause* **0.** Signe non observé dans les 30 derniers jours **1.** Signe observé moins de 6 jours/semaine **2.** Signe observé quotidiennement ou presque (au moins 6 jours/semaine)	
		EXPRESSIONS VERBALES DE DÉTRESSE	
		a. Expressions négatives (ex. : « rien ne compte ; à quoi cela sert-il ? ; il vaudrait mieux que je sois mort ; pourquoi ai-je vécu si longtemps ? laissez-moi mourir »)	0
		b. Questions répétitives (ex. : « où est-ce que je vais ? Qu'est-ce que je fais ? »)	0
		c. Expressions répétitives (ex. : appels à l'aide, « Dieu me vienne en aide ! »)	0
		d. Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres (ex. : facilement dérangé, colère d'être placé en institution, colère pour soins reçus)	0

E. HUMEUR ET COMPORTEMENT (suite)

	SIGNES DE DÉPRESSION, D'ANXIÉTÉ ou DE TRISTESSE (suite)	**e.** Dépréciation de soi (ex. : « je ne suis rien, je ne suis utile à personne »)	0
		f. Expressions de peurs qui semblent infondées (ex. : peur d'être abandonné, d'être laissé seul, d'être avec d'autres)	0
		g. Pensées morbides récurrentes (ex. : croit qu'il va mourir, avoir une attaque)	1
		h. Plaintes répétées au sujet de sa santé (ex. : demande constamment les soins d'un médecin, souci obsessionnel au sujet de fonctions corporelles)	0
		i. Plaintes anxieuses et répétées (ex. : demande constamment de l'attention ou une approbation au sujet des repas, des horaires, des habits, des relations avec autrui)	0
		PROBLÈMES LIÉS AU CYCLE DU SOMMEIL	
		j. Est de mauvaise humeur le matin	0
		k. Insomnie, changement du rythme du sommeil	1
		ASPECT TRISTE, APATHIQUE, ANXIEUX	
		l. Visage exprimant tristesse, douleur, inquiétude (ex. : front soucieux)	2
		m. Larmes et pleurs	0
		n. Mouvements physiques répétitifs (ex. : faire les 100 pas, se tordre les mains, fébrilité, bouger sans arrêt)	2
		PERTE D'INTÉRÊT	
		o. Abandon d'activités jusqu'ici appréciées (ex. : perte d'intérêt pour des activités pratiquées auparavant, pour la compagnie de sa famille ou ses amis)	0
		p. Réduction des relations avec autrui	2
2	PERSISTANCE DE L'HUMEUR	*Un ou plusieurs des indicateurs ci-dessus n'ont pas pu être facilement corrigés, durant les **7 derniers jours,** en dépit de tentatives pour consoler, rassurer, encourager le résident* **0.** aucun indicateur ci-dessus n'est présent **1.** indicateurs présents, facilement modifiés **2.** indicateurs présents, difficilement modifiés	2
3	CHANGEMENT DE L'HUMEUR	*L'humeur du résident a changé par rapport à il y a **90 jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)* **0.** pas de changement **2.** détérioration **1.** amélioration	2
4	COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES	**(A) Fréquence** des symptômes dans 7 derniers jours **0.** pas observé dans les 7 derniers jours **1.** observé entre 1 et 3 jours **2.** observé entre 4 et 6 jours **3.** observé quotidiennement **(B) Variabilité** des symptômes dans les 7 derniers jours **0.** symptôme pas observé ou facilement modifié **1.** observé mais pas ou difficilement modifié	(A) (B)
		a. **DÉAMBULATION** (se déplace sans but ni besoin apparent, au mépris de sa sécurité)	0 0
		b. **AGRESSIVITÉ VERBALE** (menace, injurie, maudit autrui)	0 0
		c. **AGRESSIVITÉ PHYSIQUE** (frappe, repousse, griffe ou agresse sexuellement autrui)	0 0
		d. **COMPORTEMENT SOCIALEMENT INADAPTÉ / PERTURBATEUR** (perturbe par des cris, du bruit, se masturbe ou se déshabille en public, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille dans les affaires des autres)	0 0
		e. **RÉSISTANCE AUX SOINS** (s'oppose à la prise de médicaments/injections, à être aidé pour les AVQ ou pour manger)	0 0
5	CHANGEMENT DU COMPORTEMENT	*Le comportement du résident a changé par rapport à il y a **90 jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)* **0.** pas de changement **2.** détérioration **1.** amélioration	0

© Copyright InterRAI Corporation, Ann Arbor, MI, octobre 1995. Traduction mars 2001, révisée 2002.

F. BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL

1	SENS DE L'INITIATIVE, IMPLICATION	**a.** à l'aise dans les contacts avec autrui	a.
		b. à l'aise pour effectuer des activités organisées	b. X
		c. à l'aise pour entreprendre seul des activités	c.
		d. fixe ses propres objectifs	d.
		e. s'intègre à la vie de l'établissement (cultive l'amitié, les activités de groupe, la vie religieuse, aime les nouvelles activités)	e.
		f. accepte les invitations à participer à la plupart des activités de groupe	f. X
		g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	g.
2	RELATIONS PERTURBÉES	**a.** conflit latent/ouvert avec le personnel, critiques répétées à son égard	a.
		b. mécontent des voisins de chambre	b.
		c. mécontent des résidents d'autres chambres	c.
		d. exprime de l'agressivité, de la colère envers sa famille, ses amis	d.
		e. absence de contacts personnels avec la famille, les amis	e.
		f. perte récente d'un proche (famille, ami)	f.
		g. ne s'adapte pas facilement aux modifications des habitudes quotidiennes	g. X
		h. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	h.
3	RÔLES ANTÉRIEURS	**a.** forte identification à ses rôles et à son statut antérieurs	a.
		b. exprime tristesse/colère/sentiment de vide par rapport à la perte d'un rôle ou statut antérieur	b.
		c. trouve que ses occupations journalières sont très différentes par rapport à ses habitudes antérieures (à domicile)	c.
		d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	d. X

G. PROBLÈMES PHYSIQUES ET FONCTIONNELS

1 (A) AVQ : PERFORMANCE *Codez la performance du résident* ***durant les 7 derniers jours, jour et nuit****, sans tenir compte de la préparation)*

0. INDÉPENDANT : ni aide ni surveillance OU aide ou surveillance apportée 1 ou 2 fois dans les 7 derniers jours

1. SUPERVISION : surveillance, encouragement ou indications donnés 3 fois ou plus dans 7 derniers jours OU supervision (3 fois ou +) et assistance physique (1 ou 2 fois dans 7 derniers jours)

2. ASSISTANCE PARTIELLE : résident très participant à l'activité, a reçu une aide physique pour la mobilisation de ses membres ou une assistance légère (le résident est actif) 3 fois ou plus OU aide plus importante donnée 1 ou 2 fois dans 7 derniers jours

3. ASSISTANCE IMPORTANTE : bien que le résident ait accompli une partie de l'activité, les aides suivantes ont été nécessaires 3 fois ou plus dans les 7 derniers jours :
- aide nécessitant de la force (résident passif)
- activité effectuée par le personnel à la place du résident pendant une partie seulement des 7 derniers jours

4. ASSISTANCE TOTALE : le personnel exécute en permanence l'activité à la place du résident durant les 7 derniers jours

8. L'ACTIVITÉ N'A PAS ÉTÉ ACCOMPLIE durant les 7 derniers jours

(B) AVQ : AIDE DONNÉE *Codez* ***le niveau le plus élevé*** *d'aide donnée au cours des 7 derniers jours, jour et nuit.* ***Codez indépendamment de la performance du résident*** *(colonne A).*

	(A) Performance	(B) Aide donnée
0. pas de préparation ni d'aide physique du personnel		
1. aide uniquement pour la préparation de l'activité		
2. aide physique d'une personne		
3. aide physique de deux personnes ou plus		
8. l'activité n'a pas été accomplie durant les 7 derniers jours		

G. PROBLÈMES PHYSIQUES ET FONCTIONNELS (suite)

			(A)	(B)
a	MOBILITÉ AU LIT	se redresser ou s'étendre, se tourner, changer de position lorsqu'on est au lit	2	2
b	TRANSFERT	se mouvoir de ou vers le lit, le fauteuil, le fauteuil roulant, se mettre debout (SAUF baignoire ou WC)	3	3
c	MARCHE DANS LA CHAMBRE	comment le résident marche d'un point à l'autre à l'intérieur de sa chambre	2	2
d	MARCHE DANS LE COULOIR	comment le résident marche dans le couloir de l'unité de soins	2	2
e	DÉPLACEMENTS DANS L'UNITÉ	se déplacer dans sa chambre ou sur l'étage (si fauteuil roulant, indépendance une fois installé)	2	2
f	DÉPLACEMENTS HORS DE L'UNITÉ	se rendre ou revenir de lieux situés hors de l'unité (cafétéria, salle de réunion ou de traitement) (si fauteuil roulant, indépendance une fois installé). Si l'établissement n'a qu'un étage, déplacement vers un lieu éloigné de l'unité	8	8
g	HABILLAGE	s'habiller et se déshabiller complètement (habits de ville), y compris mettre ou enlever une prothèse	3	2
h	ALIMENTATION	manger et boire (sans tenir compte de la dextérité), y compris par d'autres moyens (sonde, alimentation parentérale)	1	1
i	UTILISATION DES TOILETTES (WC)	utilisation des WC (chaise percée, urinal, protections), transfert de/vers les WC, se nettoyer, changer ses protections, prendre soin de sa poche, sa sonde, rajuster ses habits	3	2
j	HYGIÈNE PERSONNELLE	maintenir son hygiène personnelle : se coiffer, se laver les dents, se raser, se maquiller, se laver et essuyer visage, mains et parties génitales (SAUF bain/douche)	3	2

2 BAIN / DOUCHE prendre un bain complet/douche, toilette complète au lavabo, entrer/sortir de la baignoire/douche (SAUF lavage du dos et des cheveux)

Codez la performance et l'aide donnée dans les situations ***les plus défavorables*** *observées*

	(A) Performance	(B) Aide donnée
(A) BAIN : PERFORMANCE		
0. indépendant		
1. supervision, surveillance seulement		
2. aide limitée à l'entrée ou la sortie		
3. aide partielle pour le bain		
4. dépendance totale		
8. l'activité n'a pas été accomplie		
(B) BAIN : AIDE DONNÉE (utilisez les codes « Aide donnée » définis en G1b)	4	2

3 TEST D'ÉQUILIBRE (voir explications dans le manuel)

Codez selon les résultats du test effectué ***au cours des 7 derniers jours***

0. maintient la position (cf. explication du test)
1. instable mais peut rétablir son équilibre sans aide physique
2. aide physique partielle pendant le test OU est debout (assis) mais ne suit pas les indications du test
3. ne peut effectuer le test sans aide physique
8. test non effectué

a. équilibre debout	2
b. équilibre assis (position, contrôle du buste)	2

4 RESTRICTION FONCTIONNELLE DE L'AMPLITUDE DU MOUVEMENT (voir explications dans le manuel)

Codez les restrictions, observées durant les 7 derniers jours qui limitent la fonction concernée ou met le résident en danger de se blesser

(A) AMPLITUDE DU MOUVEMENT	**(B) MOUVEMENT VOLONTAIRE**
0. pas de restriction	**0.** pas de perte
1. restriction d'un côté	**1.** perte partielle
2. restriction des 2 côtés	**2.** perte totale

	(A)	(B)
a. cou	0	0
b. bras (y compris épaule et coude)	0	0
c. main (y compris poignet et doigts)	0	0
d. jambe (y compris hanche et genou)	1	1
e. pied (y compris cheville et orteils)	0	0
f. autre restriction et perte	0	0

© Copyright InterRAI Corporation, Ann Arbor, MI, octobre 1995. Traduction mars 2001, révisée 2002.

G. PROBLÈMES PHYSIQUES ET FONCTIONNELS (suite)

5	MODES DE LOCOMOTION	*Cochez tout ce qui s'applique durant les 7 derniers jours* a. canne, cadre de marche, déambulateur b. fauteuil roulant (se déplace seul) c. fauteuil roulant (poussé par un tiers) d. fauteuil roulant = moyen principal de locomotion e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. ☒ b. c. d. e.
6	MODES DE TRANSFERT	*Cochez tout ce qui s'applique durant les 7 derniers jours* a. grabataire la plupart du temps ou tout le temps b. barrières de lit utilisées pour la mobilité au lit ou le transfert c. soulevé manuellement d. soulevé mécaniquement e. aide technique *(ex. : planche, potence, canne, déambulateur, appareil orthopédique)* f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. b. ☒ c. d. e. ☒ f.
7	SEGMENTATION DES TÂCHES	Tout ou partie des AVQ ont été divisées en une série de tâches partielles afin que le résident puisse les effectuer durant les 7 derniers jours **0.** non **1.** oui	**1**
8	POTENTIEL DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE AUX AVQ	a. le résident se sent capable d'atteindre une indépendance accrue pour au moins une des AVQ b. le personnel estime que le résident est capable d'atteindre une indépendance accrue pour au moins une des AVQ c. le résident est capable d'accomplir les AVQ mais il est très lent d. différence entre matin et soir dans la performance ou l'assistance aux AVQ e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. b. ☒ c. ☒ d. ☒ e.
9	MODIFICATION DE L'ÉTAT FONCTIONNEL	changement de performance dans les AVQ **par rapport à il y a 90 jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours) **0.** pas de changement **2.** détérioration **1.** amélioration	**2**

H. CONTINENCE DURANT LES 14 DERNIERS JOURS

1	*Codez la performance du résident jour et nuit* **0. CONTINENT :** contrôle complet (y compris usage de sonde urinaire à demeure, ou poche de stomie, sans fuites) **1. HABITUELLEMENT CONTINENT** • **URINE :** épisodes d'incontinence une fois par semaine ou moins • **SELLES :** moins de 1 fois/semaine **2. OCCASIONNELLEMENT INCONTINENT** • **URINE :** épisodes d'incontinence 2 fois/semaine au moins mais pas quotidiennement • **SELLES :** une fois/semaine **3. FRÉQUEMMENT INCONTINENT** • **URINE :** tendance à l'incontinence quotidienne avec cependant persistance d'un contrôle (ex. : de jour) • **SELLES :** 2-3 fois/semaine **4. INCONTINENT** • **URINE :** contrôle inadéquat, multiples épisodes chaque jour • **SELLES :** tout (ou presque tout) le temps	
a	CONTINENCE FÉCALE	contrôle des selles, avec appareillage ou programme spécifique si utilisé	**0**
b	CONTINENCE URINAIRE	contrôle de la miction ou pertes minimes ne traversant pas les sous-vêtements, avec aides techniques (clamp pénien, sonde) ou programme d'incontinence si utilisé	**4**
2	ÉLIMINATION DES SELLES	*Cochez tout ce qui s'applique* a. élimination régulière, au moins une fois tous les 3 jours b. constipation c. diarrhée d. fécalome e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. ☒ b. c. d. e.

H. CONTINENCE DURANT LES 14 DERNIERS JOURS (suite)

3	MOYENS AUXILIAIRES ET PROGRAMMES	*Cochez tout ce qui s'applique* a. mictions programmées b. programme de rééducation de la vessie c. condom, système de recueil externe d. sonde vésicale à demeure e. sondages occasionnels f. n'a pas utilisé les toilettes, urinal, chaise percée g. protections h. lavements ou irrigation i. stomies j. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. ☒ b. ☒ c. d. e. f. g. h. i. j.
4	CHANGEMENT DE LA CONTINENCE URINAIRE	la continence urinaire du résident s'est modifiée par rapport à il y a 90 jours *(ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)* **0.** pas de changement **2.** détérioration **1.** amélioration	**2**

I. DIAGNOSTICS MÉDICAUX

*Ne cochez que les maladies **ayant un effet sur l'état actuel** des AVQ, de l'état cognitif, de l'humeur, du comportement, des traitements médicaux, de la surveillance infirmière ou du risque de décès. **Ne cochez pas les maladies anciennes ou en rémission.***

1	MALADIES	*Si aucune maladie, cochez la case « AUCUNE DE CES RUBRIQUES »*			
		ENDOCRINES/DU MÉTABOLISME/NUTRITION		v. hémiplégie, hémiparésie	v.
		a. diabète	a.	w. sclérose en plaque	w.
		b. hyperthyroïdie	b.	x. paraplégie	x.
		c. hypothyroïdie	c.	y. Maladie de Parkinson	y.
		CŒUR/CIRCULATION		z. quadriplégie	z.
		d. maladie cardiaque ischémique	d.	aa. épilepsie	aa.
		e. arythmie cardiaque	e.	bb. ischémie cérébrale	bb.
		f. insuffisance cardiaque	f.	cc. traumatisme crânien	cc.
		g. thrombose	g.	**PSYCHISME**	
		h. hypertension	h.	dd. trouble anxieux	dd.
		i. hypotension	i.	ee. dépression	ee.
		j. maladie vasculaire périphérique	j.	ff. psychose maniaco-dépressive	ff.
		k. autre maladie cardio-vasculaire	k.	gg. schizophrénie	gg.
		MUSCLES/SQUELETTE		**POUMONS**	
		l. arthropathies (arthrose, rhumatisme inflammatoire)	l.	hh. asthme	hh.
		m. fracture supérieure du fémur	m. ☒	ii. emphysème, syndr. obstructif chronique	ii.
		n. membre manquant (amputation)	n.	**ORGANES DES SENS**	
		o. ostéoporose	o.	jj. cataracte	jj.
		p. fracture osseuse pathologique	p.	kk. rétinopathie diabétique	kk.
		NEUROLOGIE		ll. glaucome	ll.
		q. Alzheimer	q. ☒	mm. dégénérescence maculaire	mm.
		r. aphasie	r.	**AUTRES**	
		s. paralysie cérébrale	s.	nn. allergies	nn.
		t. accident vasculaire cérébral (attaque)	t.	oo. anémie	oo.
		u. démence autre qu'Alzheimer	u.	pp. cancer	pp.
				qq. insuffisance rénale	qq.
				rr. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	rr.

© Copyright InterRAI Corporation, Ann Arbor, MI, octobre 1995. Traduction mars 2001, révisée 2002.

I. DIAGNOSTICS MÉDICAUX (suite)

2 INFECTIONS — *Si aucune infection, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES »*

a. infection résistant aux antibiotiques	a.	g. septicémie	g.
b. clostridium difficile	b.	h. maladies sexuellement transmissibles	h.
c. conjonctivite	c.	i. tuberculose	i.
d. séropositivité (sida)	d.	j. infections des voies urinaires (dans **30 derniers jours**)	j. X
e. pneumonie	e.	l. blessure infectée	l.
k. hépatite virale	k.	m. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	m.
f. infection des voies respiratoires	f.		

3 AUTRES DIAGNOSTICS ACTUELS (avec codes CIM-10)

a. État confusionnel
b. aigu
c.
d.
e.

J. PROBLÈMES DE SANTÉ

1 PROBLÈMES DE SANTÉ — *Cochez tous les problèmes s'étant présentés **dans les 7 derniers jours** (sauf autre indication de durée)*

INDICATEURS D'ÉTAT HYDRIQUE

a. gain ou perte de poids (>1,5kg depuis 7 jours)	a.	f. étourdissements, vertiges	f.
b. ne peut s'étendre (pour cause de dyspnée)	b.	g. œdème	g.
c. déshydratation (l'élimination excède l'absorption)	c.	h. fièvre	h.
d. absorption hydrique insuffisante (n'a pas absorbé tout/partie des boissons offertes dans les 3 derniers jours)	d.	i. hallucinations	i.
		j. hémorragie interne	j.
		k. aspirations bronchiques répétées **durant les 90 derniers jours**	k.
		l. essoufflement, dyspnée	l.
		m. syncope (évanouissement)	m.
		n. démarche mal assurée	n.
AUTRES		o. vomissements	o.
e. idées délirantes	e.	p. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	p. X

2 DOULEUR — *Pour l'intensité de la douleur, codez le niveau **le plus élevé** apparu durant les **7 derniers jours***

a. **FRÉQUENCE** à laquelle le résident se plaint ou montre qu'il a mal
0. aucune douleur (sauter à J 4)
1. douleur moins que quotidienne
2. douleur quotidienne
→ 2

b. **INTENSITÉ** de la douleur
1. douleur légère
2. douleur modérée
3. douleur par moments atroce ou insupportable
→ 1

3 LIEU DE LA DOULEUR — *Si une douleur est présente, cochez tous les lieux où elle s'est manifestée au cours des **7 derniers jours***

a. au dos	a.	f. à une incision	f. X
b. osseuse	b.	g. à une articulation autre que hanche	g.
c. à la poitrine lors d'activités normales	c.	h. aux tissus mous (ex. : lésions, muscles)	h.
d. maux de tête	d.	i. au ventre (estomac)	i.
e. à la hanche	e. X	j. autre	j.

4 ACCIDENTS — *Cochez tout ce qui s'applique*

a. chute dans les **30 derniers jours**	a. X	c. fracture du col du fémur dans les **180 derniers jours**	c. X
b. chute survenue il y a **31 à 180 jours**	b.	d. autre fracture dans les **180 derniers jours**	d.
		e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	e.

5 STABILITÉ DES PROBLÈMES

a. les problèmes de santé rendent instables, précaires ou détériorent l'état cognitif, les AVQ, l'humeur ou le comportement du résident	a. X
b. le résident vit actuellement un épisode aigu ou la poussée d'un problème récurrent ou chronique	b.
c. maladie en phase terminale (6 mois au plus à vivre)	c.
d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	d.

K. ÉTAT BUCCAL ET NUTRITIONNEL

1 PROBLÈMES BUCCAUX — *Cochez tout ce qui s'applique*

a. problèmes de mastication	a.
b. problèmes de déglutition	b.
c. douleurs dans la bouche	c.
d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	d. X

2 TAILLE ET POIDS — *Notez la taille en cm et le poids en kg. Pour le poids, notez la mesure la plus récente dans les **30 derniers jours.** Mesurez le poids dans des conditions identiques à chaque fois (ex. : le matin à jeun, après élimination, sans souliers, en tenue de nuit).*

a. taille (cm) 175 b. poids (kg) 080

3 CHANGEMENT DE POIDS

a. **PERTE DE POIDS :** 5 % ou + dans les **derniers 30 jours**, ou 10 % ou + dans les **derniers 180 jours** → a. **0**
0. non **1.** oui

b. **GAIN DE POIDS :** 5 % ou + dans les **derniers 30 jours**, ou 10 % ou + dans les **derniers 180 jours** → b. **0**
0. non **1.** oui

4 PROBLÈMES NUTRITIONNELS — *Cochez tout ce qui s'applique*

a. se plaint à propos du goût des aliments	a.
b. se plaint régulièrement d'avoir faim	b.
c. laisse plus du quart de la nourriture à la plupart des repas	c.
d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	d. X

5 TYPE D'ALIMENTATION — *Cochez tout ce qui s'applique dans **7 derniers jours***

a. parentérale / IV	a.	f. supplément diététique entre repas	f. X
b. par sonde	b.	g. moyens auxiliaires (ex. : assiette fixe)	g.
c. hâchée/mixée	c.	h. progr. de changement de poids	h.
d. à la seringue (orale)	d.	i. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	i.
e. régime diététique	e.		

6 ALIMENTATION PARENTÉRALE OU EXTERNE — *Sautez à la **section L**, si ni K5a ni K5b ne sont cochés*

a. codez la **proportion du total de calories** que le résident a reçu par voie parentérale ou par sonde dans les 7 derniers jours
0. aucune **3.** de 51 à 75 %
1. de 1 à 25 % **4.** de 76 à 100 %
2. de 26 à 50 %

b. codez l'absorption moyenne par jour de **liquide** par IV ou tube dans **7 derniers jours**
0. aucune **3.** 1001 à 1500 ml/j
1. 1 à 500 ml/j **4.** 1501 à 2000 ml/j
2. 501 à 1000 ml/j **5.** 2001 ou + ml/j

L. ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

1 ÉTAT BUCCAL ET PRÉVENTION — *Cochez tout ce qui s'applique aux 7 derniers jours*

a. déchets dans la bouche lors du coucher le soir (substances molles faciles à extirper)	a.
b. prothèses dentaires amovibles (mêmes partielles)	b. X
c. a perdu une partie ou toutes ses dents naturelles mais n'a pas ou n'utilise pas de prothèses dentaires	c.
d. dent cassée, qui bouge, cariée	d.
e. gencives enflammées, enflées ou qui saignent, abcès dans la bouche, ulcères ou éruption	e.
f. nettoyage quotidien des dents/prothèses, ou soins quotidiens de la bouche (par le résident ou le personnel)	f. X
g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	g.

© Copyright InterRAI Corporation, Ann Arbor, MI, octobre 1995. Traduction mars 2001, révisée 2002.

M. PROBLÈMES DE PEAU

1	ULCÈRES (NOMBRE) (quelle que soit la cause)	*Codez le **nombre d'ulcères** de chaque stade, quelle qu'en soit la cause. Codez tout ce qui s'applique **durant les 7 derniers jours**. Si aucun ulcère, codez 0. Si plus de 9 ulcères, coder 9. **Ceci requiert un examen corporel complet**.*	
		a. **stade 1** zone de rougeur persistante de la peau (sans lésion) qui ne disparaît pas quand le point de pression est supprimé	0
		b. **stade 2** amincissement de la peau qui se présente cliniquement comme une abrasion, phlyctène ou plaie peu profonde	0
		c. **stade 3** lésion cutanée exposant les tissus sous-cutanés, sous la forme d'une plaie profonde, avec ou sans atteinte des tissus adjacents	0
		d. **stade 4** lésion des tissus cutanés et sous-cutanés, exposant les muscles et/ou les os	0
2	TYPE D'ULCÈRE	*Pour chaque type d'ulcère ci-dessous, codez **le stade le plus élevé durant les 7 derniers jours :** **0** = aucun, **1** = stade 1, **2** = stade 2, etc.)*	
		a. ulcère de décubitus (ESCARRE) : toute lésion cutanée causée par pression et endommageant les tissus sous-jacents	0
		b. ulcère de stase (VARIQUEUX) : lésion ouverte causée par une circulation veineuse déficiente des membres inférieurs	0
3	ANTÉCÉDENTS D'ULCÈRES	Le résident a eu un ulcère traité ou guéri ***dans les 90 derniers jours*** **0.** non **1.** oui	0
4	AUTRES PROBLÈMES OU LÉSIONS DE LA PEAU	*Cochez tout ce qui s'applique **dans les 7 derniers jours***	
		a. écorchures, contusions (bleus)	a.
		b. brûlures (2e ou 3e degré)	b.
		c. lésions ouvertes autres qu'ulcères, coupures, rougeurs (ex. : lésions cancéreuses)	c.
		d. éruptions (ex. : intertrigo, eczéma, herpès, éruption médicamenteuse, rougeurs)	d.
		e. peau insensible à la douleur, la compression	e.
		f. coupure ou déchirure (non chirurgicale)	f.
		g. plaie chirurgicale	X g.
		h. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	h.
5	TRAITEMENTS DE LA PEAU	*Cochez tout ce qui s'applique **dans les 7 derniers jours***	
		a. moyens auxiliaires antiescarres (chaise)	X a.
		b. moyens auxiliaires antiescarres (lit)	X b.
		c. programme de changement de position	X c.
		d. programme nutritionnel ou d'hydratation destiné au traitement de la peau	d.
		e. soins d'ulcère	e.
		f. soins de plaie chirurgicale	X f.
		g. pansements avec ou sans application d'une médication locale (SAUF pieds)	g.
		h. pommades, médicaments (SAUF pieds)	h.
		i. autres soins préventifs ou protecteurs pour la peau (SAUF pieds)	X i.
		j. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	j.
6	PROBLÈMES ET SOINS DES PIEDS	*Cochez tout ce qui s'applique **dans les 7 derniers jours***	
		a. problèmes des pieds (cors, callosités, oignon, orteils en marteau ou qui se croisent, douleur, troubles statiques)	X a.
		b. infection au(x) pied(s) (ex. : cellulite, drainage purulent)	b.
		c. lésions ouvertes au pied	c.
		d. ongles/callosités coupés ***dans les 90 derniers jours***	X d.
		e. soins de pieds préventifs ou protecteurs (ex. : souliers spéciaux, coussinets, tampons)	X e.
		f. pansements (avec ou sans application d'une médication locale)	f.
		g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	g.

N. OCCUPATIONS

1	PÉRIODES D'ÉVEIL	*Cochez ce qui s'applique durant **les 7 derniers jours*** le résident est éveillé la plupart du temps (pas de sieste de plus d'une heure) pendant :	
		a. le matin — a.	c. le soir — X c.
		b. l'après-midi — X b.	d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — d.
		Si le résident est dans le coma, sauter à la section O	
2	TEMPS MOYEN CONSACRÉ AUX OCCUPATIONS	*Pendant le temps de veille et en dehors du temps consacré aux traitements ou aux AVQ, le résident consacre à ses occupations :* **0**. la plupart du temps (2/3 ou plus) **1**. une partie du temps (de 1/3 à 2/3) **2**. peu de temps (moins de 1/3) **3**. aucune occupation	2
3	LIEUX D'OCCUPATION PRÉFÉRÉS	*Cochez tous les lieux où le résident aime s'occuper :*	
		a. sa chambre	X a.
		b. salle de séjour	X b.
		c. dans l'établissement hors de l'unité	c.
		d. hors de l'établissement	d.
		e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	e.
4	OCCUPATIONS PRÉFÉRÉES	*Cochez toutes les préférences, qu'elles soient ou non à la disposition du résident*	
		a. jeux (ex. : cartes) — X a.	h. sorties pour prendre l'air (sans but précis) — X h.
		b. art/artisanat — X b.	i. télévision — i.
		c. exercices/sports — c.	j. jardinage, soin des plantes — j.
		d. musique — X d.	k. parler, converser — k.
		e. lecture/écriture — e.	l. aider les autres — l.
		f. activités spirituelles religieuses — f.	m. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — m.
		g. promenades (avec un but, faire les magasins) — g.	
5	CHANGEMENTS SOUHAITÉS DANS LES OCCUPATIONS QUOTIDIENNES	*Codez ce que le résident souhaite au sujet des occupations quotidiennes* **0**. pas de changement **1**. légères modifications **2**. modifications importantes	
		a. dans le type d'activités auxquelles le résident participe actuellement	0
		b. dans l'intensité de sa participation	0

O. MÉDICAMENTS

1	NOMBRE DE MÉDICAMENTS	Notez le nombre de médicaments différents utilisés au cours des **7 derniers jours** (noter **0** si aucun médicament n'a été utilisé)	03
2	NOUVEAUX MÉDICAMENTS	Le résident reçoit des médicaments dont l'utilisation a débuté **dans les 90 derniers jours** **0**. non **1**. oui	1
3	INJECTIONS	**Notez le nombre de jours** au cours desquels le résident a reçu une (ou plusieurs) injection(s) quelconque(s) au cours des **7 derniers jours**. Si aucune injection, notez **0**.	0
4	PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS PARTICULIERS	Notez le **nombre de jours** durant les **7 derniers jours** où le résident a reçu les médicaments ci-dessous. Si aucun de ces médicaments n'a été utilisé, notez **0**. Si un médicament retard a été utilisé moins d'une fois par semaine, noter **1**.	
		a. neuroleptiques — 7	d. hypnotiques — 0
		b. anxiolytiques — 0	e. diurétiques — 0
		c. antidépresseurs — 0	

© Copyright InterRAI Corporation, Ann Arbor, MI, octobre 1995. Traduction mars 2001, révisée 2002.

P. PROCÉDURES ET TRAITEMENTS SPÉCIAUX

1 PROCÉDURES ET TRAITEMENTS SPÉCIAUX

A. **SOINS SPÉCIAUX.** *Cochez tous les traitements ou programmes suivis au cours des **14 derniers jours***

TRAITEMENTS		PROGRAMMES	
a. chimiothérapie	a.	m. désintoxication (alcool ou drogue)	m.
b. dialyse	b.	n. unité spéciale de soin pour déments (Alzheimer)	n.
c. médication IV	c.	o. soins palliatifs	o.
d. absorption/élimination (suivi)	X d.	p. unité spéciale pour jeunes handicapés	p.
e. suivi de maladie aiguë	X e.	q. séjour de convalescence, de répit	q.
f. soins de stomie	f.	r. soins de réadaptation en vue d'un retour à domicile	X r.
g. oxygène	g.	s. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	s.
h. radiothérapie	h.		
i. aspiration	i.		
j. soins de trachéotomie	j.		
k. transfusions	k.		
l. ventilateur ou respirateur	l.		

B. **THÉRAPIES**. *Notez le nb de jours et le total de minutes pour chacune des thérapies suivantes données **en thérapie individuelle par un professionnel diplômé de ces disciplines**, après l'admission, pendant au moins 15 mn/j **au cours des 7 derniers jours** ; (codez **0** si la thérapie n'a pas été administrée ou administrée à raison de moins de 15 mn/j)*

	JOURS (A)	MINUTES (B)	
(A) Nb de jours / **(B) Nb total de mn/semaine**			
a. orthophonie, logopédie (CH), rééducation auditive	0		0
b. ergothérapie, thérapie occupationnelle, psychomotricité (F)	2	3	0
c. kinési-(physio-)thérapie	4	6	0
d. thérapie respiratoire	0		0
e. psychothérapie	0		0

2 PROGRAMME POUR TROUBLES DE L'HUMEUR, DU COMPORTEMENT OU PERTE COGNITIVE

*Cochez toutes les interventions ou stratégies utilisées **au cours des 7 derniers jours** dans ou hors de l'établissement*

a. programme spécifique d'évaluation des troubles du comportement	X a.
b. évaluation par un spécialiste diplômé en santé mentale **dans les 90 derniers jours**	X b.
c. thérapie de groupe	c.
d. modification de l'environnement du résident afin de répondre à son mode de comportement ou à son humeur (ex. : lui fournir un bureau où il puisse farfouiller)	X d.
e. stratégie d'aide à l'orientation	X e.
f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	f.

3 SOINS INFIRMIERS DE RÉADAPTATION

***Notez le nombre de jours** où chacune des techniques de réadaptation suivantes a été administrée par le personnel infirmier ou sous sa supervision **pendant au moins 15 mn/j au cours des 7 derniers jours**. Coder **0** si la technique n'a pas été utilisée ou utilisée moins de 15 mn/j.*

a. mobilisation passive	0	**f**. marche	7
b. mobilisation active	7	**g**. habillement, soins de toilette ou de beauté	
c. utilisation d'attelles ou autres appareils orthopédiques	0	**h**. manger, avaler	4
		i. soins de moignon, prothèse	0
FORMATION / ENTRAÎNEMENT DE L'HABILETÉ À :		**j**. communication	0
d. mobilité au lit	3	**k**. autre	
e. transfert	7		

P. PROCÉDURES ET TRAITEMENTS SPÉCIAUX (suite)

4 MOYENS DE CONTENTION

*Codez ce qui s'applique **durant les 7 derniers jours***
0. pas utilisé
1. utilisé moins que quotidiennement
2. utilisé quotidiennement

a. barrières de lits complètes, de tous les côtés du lit.	0
b. autres types de barrières de lit (ex. : demi-barrières, sur un côté du lit seulement).	2
c. contention du tronc.	0
d. contention des membres.	0
e. attaches au fauteuil	0

5 SÉJOURS HOSPITALIERS

Notez le nombre de fois que le résident a été hospitalisé (avec au moins une nuit à l'hôpital) **au cours des 90 derniers jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours). **Notez** 0 si aucune hospitalisation. **0 1**

6 SERVICE D'URGENCES

Notez le nombre de fois que le résident a été admis en service d'urgences (sans séjour d'une nuit) **au cours des 90 derniers jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours). Notez **0** si aucune admission en urgences. **0 0**

7 VISITES MÉDICALES

Dans les 14 derniers jours (ou depuis l'admission si moins de 14 jours), notez le **nombre de jours** où un médecin a examiné le résident. Notez **0** si aucun. **0 2**

8 PRESCRIPTIONS MÉDICALES

Dans les 14 derniers jours (ou depuis l'admission si moins de 14 jours), notez le **nombre de jours** où un médecin a changé les prescriptions médicales du résident (ne pas tenir compte du renouvellement sans changement de la prescription). Noter **0** si aucun. **0 2**

9 RÉSULTATS DE LABORATOIRE ANORMAUX

Le résident a-t-il eu des résultats de laboratoire anormaux **au cours des 90 derniers jours** (ou depuis l'admission si moins de 90 jours) ? **0**. non **1.** oui — **1**

Q. PERSPECTIVES DE SORTIE ET ÉTAT GÉNÉRAL

1 PERSPECTIVES DE SORTIE

(ne pas considérer une sortie pour cause de décès)

a. le résident exprime ou indique le souhait de retourner à domicile
0. non **1.** oui — **1**

b. une personne ressource de l'entourage du résident est favorable à un retour à domicile
0. non **1.** oui — **1**

c. le résident est admis pour un séjour de durée limitée : sa sortie est prévue
0. non **2.** entre 31 et 90 jours
1. dans les 30 jours **3.** Perspective incertaine — **1**

2 CHANGEMENT GLOBAL EN BESOIN DE SOINS

L'indépendance générale du résident s'est modifiée **par rapport à il y a 90 jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)
0. pas de changement
1. amélioration : reçoit moins d'aide, requiert moins de soins
2. détérioration : reçoit davantage d'aide — **2**

R. INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉVALUATION

1 PARTICIPATION À L'ÉVALUATION

Codez ce qui s'applique
a. résident **0**. non **1**. oui — **1**
b. famille **0**. non **1**. oui **2**. pas de famille — **1**
c. autre **0**. non **1**. oui **2**. aucun — **0**

2 SIGNATURES

a. *Coordinateur de l'évaluation* Catherine Comte

b. date 04 (jour) 09 (mois) 1995 (année)

	Autres participants titre section	*date*
c.	B. Dubout IDE	2/9/95
d.	P. Aubin Aide-soignante	2/9/95
e.	R. Robin Kiné	4/9/95
f.	D. Vouet Animateur	4/9/95

© Copyright InterRAI Corporation, Ann Arbor, MI, octobre 1995. Traduction mars 2001, révisée 2002.

4.10.3. Approfondissement de l'évaluation à l'aide des « Recommandations »

L'examen des GAD et la démarche d'évaluation offre à l'équipe un temps de réflexion et de discussion sur les points les plus importants pour le résident. Il existe de nombreuses façons d'organiser cette démarche. Par exemple, qui dirige la discussion ou l'évaluation, qui y participe, comment le résident, sa famille et le médecin traitant y sont impliqués. Mais, dans tous les cas, l'équipe doit :

- échanger sur les problèmes repérés et sur les objectifs des soins et traitements en cours, ainsi que sur les méthodes pour y aboutir ;
- identifier les facteurs principaux à l'origine des problèmes constatés (autrement dit : pourquoi ce problème existe-t-il ?) ;
- passer en revue les facteurs associés ou perturbateurs énumérés dans les « Recommandations » (c'est-à-dire les éléments qui contribuent au problème ou accroissent la complexité de la situation) ;
- s'assurer que l'information sur l'état du résident et les décisions prises est bien argumentée, et que la « Récapitulation des GAD » contient bien des indications précises pour retrouver les informations nécessaires ;
- élaborer le plan de soins.

La « Récapitulation des GAD » reproduite (p. 356) montre quels GAD ont été « pointés » pour M. S., où l'on peut trouver la documentation correspondante et si un plan de soins a été élaboré pour ce problème. Avant de consulter ce formulaire, vous pourriez revoir son MDS et le « Tableau d'alarme » pour repérer quels GAD ont été « pointés ». En vous appuyant sur l'exemple de l'état confusionnel aigu (*delirium*), vous trouverez ci-dessous des exemples de la façon dont l'équipe peut procéder.

1. Ici, le GAD État confusionnel aigu (*delirium*) a été utilisé au cours de la période d'évaluation initiale. Il était clair, dès l'admission, que M. S. souffrait de confusion aiguë. Comme prévu, ce GAD a été « pointé » par le « Tableau d'alarme ». L'information collectée par l'équipe au cours des premières semaines a bien saisi les éléments majeurs de l'évaluation de cet état. On trouve sur la « Récapitulation des GAD » la nature des documents et leur date. La décision de faire un plan de soins est notée. Dans cet exemple, puisque les informations les plus importantes sont clairement indiquées et facilement accessibles pour toute l'équipe, aucune autre information, en plus de la « Récapitulation des GAD » et des documents qui y sont notés, n'est nécessaire.

2. Dans certains cas, un membre de l'équipe souhaitera rédiger un résumé de la démarche d'évaluation. Cela peut correspondre à différentes raisons : par exemple, les documents relatifs à cette évaluation sont incomplets, peu clairs, flous ou trop dispersés. Il peut aussi être utile à l'équipe de disposer d'une information résumée pour s'y reporter rapidement.

Dans ce cas, cette note résumée portant sur l'état confusionnel aigu (*delirium*) se présenterait ainsi :

EXEMPLE (suite)

État confusionnel aigu *(delirium)* : note résumée

- M. S. a été admis venant de l'hôpital avec un diagnostic de confusion aiguë. Depuis son admission son état cognitif s'est régulièrement amélioré. Les signes de *delirium,* comme être facilement distrait, présenter des troubles de la perception ou de la conscience de l'environnement, l'agitation, ont diminué mais n'ont pas complètement disparu. M. S. a des antécédents de maladie d'Alzheimer, sa famille a apporté beaucoup d'aide en décrivant son état antérieur. L'équipe pense que cet épisode de confusion aiguë est lié à son infection urinaire, son changement de lieu, ses médicaments (Haldol®, morphine, Azantac®) et à la déshydratation. L'Haldol® a été diminué, avec pour objectif sa suppression (il ne prenait pas ce médicament avant son hospitalisation). La morphine et l'Azantac® ont été supprimés, l'infection urinaire a été traitée par Bactrim DS®, les entrées/sorties sont suivies et l'ingestion de liquide encouragée. La famille nous a aidés à recréer un environnement rappelant son domicile au moyen d'objets familiers.
- Une autre présentation pourrait être celle-ci :
  Un problème de *delirium* est repéré chez M. S. Le GAD a été utilisé par l'équipe comme guide pour l'évaluation (voir les notes infirmières du 24/08/1995, 28/08/1995, la note du médecin du 25/08/1995). Ont été identifiés comme causes possibles : une infection urinaire, les médicaments, la déshydratation, le changement de lieu. Un plan de soins a été établi. Se reporter au plan de soins pour état confusionnel aigu (*delirium*).

EXEMPLE (suite)

Nom et prénom : M. S. Identifiant :/_/_/_/_/_/_/_/

Récapitulation des GAD repérés par le tableau d'alarme
Partie 1. Domaines d'intervention

A. Domaines **GAD**		**Résultat du MDS** (repéré oui/non)	**Confirmation par les soignants** (présent/absent chez le résident)	**Déjà pris en considération**	**À considérer en priorité**	**À considérer par la suite**
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	État confusionnel aigu (*delirium*)	✓			✓	
2	Perte cognitive/démence	✓			✓	
3	Fonction visuelle					
4	Communication	✓			✓	
5	AVQ, potentiel de réadaptation	✓			✓	
6	Incontinence urinaire/sonde	✓			✓	
7	Bien-être psychosocial					
8	Troubles de l'humeur	✓			✓	
9	Problèmes de comportement					
10	Occupations	✓			✓	
11	Chutes	✓			✓	
12	État nutritionnel					
13	Alimentation par sonde					
14	Déshydratation/équilibre liquidien	✓			✓	
15	Soins dentaires					
16	Escarres	✓			✓	
17	Utilisation des psychotropes	✓			✓	
18	Contention physique					
19	Douleur					
20	Soins palliatifs					
21	Maltraitance					
22	Problèmes de la peau et des pieds					

Explications :

- Colonne 3 : remplie automatiquement par l'ordinateur dès qu'on entre les données d'un MDS (peut aussi être remplie à la main lorsque l'on n'a pas de logiciel adéquat).
- Colonne 4 : où l'équipe a la possibilité de critiquer et de confirmer ou non le résultat du tableau d'alarme :
  – problème repéré par le tableau d'alarme mais absent chez le résident (« faux positif ») ;
  – problème non repéré mais présent chez le résident (« faux négatif ») ;
  – problème non listé par les GAD mais présent chez le résident (lignes vides en bas de tableau).

Il est important que l'équipe compare le résultat du tableau d'alarme avec sa propre perception de la situation, et se déclare d'accord avec, avant de débuter le plan de soins.

- Colonne 5 : problème (domaine) sur lequel l'équipe intervient déjà (si réévaluation).
- Colonne 6 : problème (domaine) que l'équipe considère comme prioritaire et/ou urgent pour le plan de soins.
- Colonne 7 : problème (domaine) que l'équipe considère comme moins prioritaire ou urgent ou qu'elle ne peut, faute de moyens, intégrer tout de suite dans son intervention (surcharge), et qui sera repris plus tard lorsque les problèmes prioritaires seront sous contrôle ou résolus.

© Copyright InterRAI Corporation, Ann Arbor, MI, octobre 1995. Traduction adaptée juin 2002.

Nom et prénom : M. S. Identifiant :/_/_/_/_/_/_/_/

Récapitulation des GAD repérés par le tableau d'alarme
Partie 2. Élaboration du plan de soins

GAD		Sources d'information utilisées	Pris en compte dans le plan de soins
(1)	(2)	(8)	(9)
1	État confusionnel aigu	Note IDE 24/08/1995 ; note médecin 25/08/1995 ; note IDE 28/08/1995	✓
2	Perte cognitive/démence	Note médecin 25/08/1995 ; note IDE 28/08/1995	✓
3	Fonction visuelle		
4	Communication	Note IDE 24/08/1995	✓
5	AVQ, potentiel de réadaptation	Note kiné 25/08/1995, 01/09/1995	✓
6	Incontinence urinaire/sonde	Note médecin 25/08/1995 note IDE 24/08/1995, 28/08/1995	✓ ✓
7	Bien-être psychosocial		
8	Troubles de l'humeur	Note assistante sociale 24/08/1995	✓
9	Problèmes de comportement		
10	Occupations	Récapitulation des GAD 06/09/1995	✓
11	Chutes	Note IDE 24/08/1995 ; note kiné 25/08/1995	✓
12	État nutritionnel		
13	Alimentation par sonde		
14	Déshydratation/équilibre liquidien	Note IDE 24/08/1995, 28/08/1995 ; note médecin 25/08/1995	✓
15	Soins dentaires		
16	Escarres	Récapitulation des GAD 06/09/1995	✓
17	Utilisation des psychotropes	Note médecin 25/08/1995 : ordonnance	✓
18	Contention physique		
19	Douleur		
20	Soins palliatifs		
21	Maltraitance		
22	Problèmes de la peau et des pieds		

B. Signatures	
1. Coordination de la démarche RAI Catherine Comte	2. Date 0 6 / 0 9 / 1 9 9 5
3. Décision du plan de soins Françoise Lafitte	4. Date 1 3 / 0 9 / 1 9 9 5

© Copyright InterRAI Corporation, Ann Arbor, MI, octobre 1995. Traduction adaptée juin 2002.

4.10.4. Plan de soins

Nous vous proposons un exemple de plan de soins pour état confusionnel aigu (*delirium*) pour le cas exemple de M. S. présenté p. 191 *et sq*. Il comporte des points généraux plutôt que des prescriptions spécifiques. Il montre l'aboutissement de la démarche d'évaluation en plan de soins.

EXEMPLE (suite)

Plan de soins pour état confusionnel aigu pour M. S.

Objectif	Intervention (action)	Évaluation du résultat
M. S. doit être maintenu en sécurité et ne pas se blesser au cours des 30 prochains jours.	Placer une veilleuse dans sa chambre la nuit. Demander à sa famille de lui apporter des objets familiers (couvre-lit, photos). Passer dans sa chambre tous les quarts d'heure, l'encourager à sortir et à se livrer à des activités tranquilles. Enlever les obstacles de son chemin. Aller aux WC toutes les 2 heures quand il est éveillé, toutes les 4 heures pendant la nuit. Offrir des collations fréquentes comportant des boissons.	Le résident a été maintenu en sécurité, sans blessure apparente.
Retrouver l'état cognitif existant il y a un mois (tel que décrit par la documentation dans le dossier).	Suppression de l'Haldol®. Poursuivre la revue des médicaments avec le médecin. Évaluer l'adéquation de l'hydratation en suivant les entrées et sorties. Examiner les notes du centre de jour pour mieux connaître l'état antérieur. Continuer le Tyléno® pour la douleur, en donner avant la kiné et si le résident se montre agité ou replié sur lui-même.	Le résident semble avoir retrouvé son état antérieur selon sa famille, les informations contenues dans les notes du centre de jour et l'établissement spécialisé d'où il arrive. Le résident a reçu du Tylénol® comme prévu et ne semble pas souffrir.
M. S. et sa famille s'habitueront à l'unité dans les 30 jours : il reconnaîtra sa chambre et participera aux activités proposées avec une supervision minimale.	L'équipe rencontrera la famille, recherchera sa participation au plan de soins, lui fera visiter l'unité. Impliquer la famille dans tous les aspects des soins. Évaluer la connaissance de la famille sur la maladie d'Alzheimer et la confusion aiguë. Réorienter M. S. (chambre + unité). Lorsque la confusion aiguë commencera à diminuer, impliquer progressivement M. S. dans les activités de l'unité.	La famille de M. S. a rencontré l'équipe et visité l'unité. M. S. est capable de reconnaître sa chambre et participe aux activités de l'unité sur incitation du personnel.
Le résident maintiendra une alimentation et une hydratation adéquate durant les 30 prochains jours : manger au moins les 3/4 des repas et boire 2 litres de liquide par jour.	Se reporter au plan de soins sur l'incontinence. Repas : observer soigneusement la prise de liquides. Hors repas : offrir des boissons supplémentaires. Demander à la famille les boissons de M. S. Reprendre le relevé des entrées/sorties des 7 derniers jours. Continuer ce relevé si la prise de liquide est inférieure à 2 litres/jour. Surveiller l'état de la peau et des muqueuses.	La prise de liquide de M. S. a été d'au moins 2 litres/jour. Il a reçu des boissons supplémentaires entre les repas. L'état de la peau est correct et les muqueuses sont humides.

CHAPITRE 5
De l'évaluation au plan de soins individualisé

5.1. Vue d'ensemble du RAI et planification des soins

Tout au long de ce manuel, on a insisté sur la notion d'enchaînement. En effet, une bonne évaluation constitue la base d'un plan de soins cohérent et ce sont les GAD qui servent de lien entre le MDS et la planification des soins.

Ce chapitre examine la conduite du plan de soins. Celle-ci ne dépend pas seulement des problèmes qui ont été repérés chez le résident, mais aussi de ses caractéristiques particulières, de ses besoins et de ses points forts. Mis en œuvre selon les règles des bonnes pratiques cliniques, un tel plan de soins s'avérera efficace et bien adapté. Il constitue la meilleure façon d'assurer la qualité des soins et la qualité de vie pour chaque résident.

La démarche de soins doit considérer le résident dans sa globalité, s'appuyant sur ses caractéristiques personnelles, évaluées à l'aide des définitions et des items standardisés du MDS. Celui-ci a été construit pour permettre à l'équipe interdisciplinaire d'observer et évaluer l'état du résident au moyen de définitions détaillées et standardisées. **Alors que le remplissage du MDS oblige l'équipe à examiner chaque item séparément, les GAD offrent à l'équipe le moyen de synthétiser cette information.** Ils donnent des pistes pour utiliser les informations recueillies, approfondir les problèmes « signalés » et arriver finalement à une vision holistique de la personne.

Une fois analysé l'état du résident à l'aide des GAD, on est en situation d'élaborer ou de modifier le plan de soins. Le renvoi à un GAD indique le besoin d'un examen approfondi : on le réalisera en utilisant les « Recommandations » développées pour chaque GAD. L'équipe utilise ces « Recommandations » pour déterminer s'il y a besoin d'un nouveau plan de soins ou de changements dans le plan de soins existant. Il est important de se rappeler que même si un GAD n'a pas été « pointé » lors de la démarche d'évaluation, l'équipe interdisciplinaire doit, si cela se justifie cliniquement, prendre en compte dans le plan de soins un problème présenté par le résident dans ce domaine (se reporter au chapitre 4 pour plus d'informations sur les GAD).

La démarche de soins dans les établissements de soins de longue durée a été l'objet de livres, d'articles, de conférences et de débats innombrables. Ces échanges ont plus porté sur la structure ou le contenu du plan de soins que sur le déroulement des actions nécessaires pour atteindre ou maintenir le plus haut niveau possible de bien-être pour le résident. Définir la structure et la présentation d'un plan de soins n'est pas l'objet de ce chapitre. Il s'agit plutôt d'insister sur le fait que le *plan de soins est fondé sur l'utilisation des informations rassemblées par le MDS, les évaluations et examens complémentaires suggérés dans les GAD et, finalement, sur la transformation, de toutes ces données en un plan approprié pour répondre aux besoins du résident concerné*. Cette analyse de la situation du résident par l'équipe interdisciplinaire se fonde sur le partage d'informations sûres, fiables et comprises par tous ses membres.

Elle aboutit à un plan de soins pertinent pour cette personne. Le résident en bénéficie car cela garantit que l'équipe interdisciplinaire et les intervenants extérieurs suivent une même démarche fondée sur une base de connaissances commune.

Correctement exécutées, ces démarches d'évaluation et de planification des soins s'enchaînent de façon continue dans un processus circulaire. Il s'agit successivement de :

- considérer chaque résident comme une personne unique, avec ses caractéristiques et ses ressources propres (approche holistique) ;
- prendre séparément chaque dimension de la personne pour approfondir la connaissance de son état fonctionnel (MDS) ;
- regrouper les informations rassemblées pour identifier les problèmes que le résident est susceptible de présenter (« signaux d'alarme ») ;
- procéder à l'évaluation complémentaire des problèmes potentiels en recherchant les causes et les risques possibles, et la façon de les aborder pour fournir au résident le plus haut niveau de bien-être possible (« Recommandations » des GAD) ;
- élaborer et mettre en œuvre un plan de soins interdisciplinaire fondé sur l'ensemble des informations rassemblées grâce à la démarche RAI et mettre en place la surveillance et le suivi nécessaires ;
- réévaluer l'état du résident selon le rythme prescrit (c'est-à-dire trimestriellement, annuellement et en cas de changement significatif) en utilisant la démarche RAI. Puis, si cela est nécessaire, modifier le plan de soins existant pour l'adapter à la nouvelle situation.

La planification des soins est une démarche dont les différentes étapes peuvent être concomitantes ou séquentielles :

1. La démarche RAI complète (c'est-à-dire du MDS aux GAD) constitue la base pour décider du plan de soins. Cette démarche pourrait certes être accomplie par un professionnel isolé, mais, en principe, le RAI doit être l'occasion d'un effort de mise en commun regroupant tous les membres de l'équipe interdisciplinaire qui participent à l'élaboration du plan de soins. Ceci est un gage de qualité tant pour la fiabilité des informations récoltées que pour la pertinence et la cohérence du plan de soins, donc de son efficacité.
2. Au cours de leurs échanges, les membres de l'équipe peuvent découvrir que plusieurs situations problématiques sont **liées à une même cause** et se présentent, pour le résident, comme un seul problème. Il arrive aussi que les objectifs et les moyens pour faire face à chaque problème isolément se recouvrent. Par suite, l'équipe interdisciplinaire peut décider de combiner, dans le plan de soins, le traitement de ces situations problématiques.
3. Après avoir consulté les « Recommandations » des GAD, l'équipe peut décider qu'un problème « pointé » n'affecte pas vraiment l'état fonctionnel du résident ou son bien-être et qu'en conséquence, il n'a pas à être pris en compte dans le plan de soins.
4. L'existence d'une question à prendre en compte dans le plan de soins (un problème, des besoins ou des points forts) doit être notée par écrit. Les documents peuvent être remplis par un membre de l'équipe ayant examiné les « Recommandations » des GAD ou participé à la planification des soins, ou bien sous forme d'une note conjointe des membres de l'équipe interdisciplinaire.
5. Chaque fois qu'ils le désirent, le résident, sa famille ou son représentant prendront part aux discussions de l'équipe ou se joindront à la démarche d'élaboration du plan de soins. Chaque personne de l'équipe peut déjà avoir discuté d'idées préliminaires à propos du plan de soins avec le résident, sa famille ou son représentant, afin d'obtenir leurs suggestions, de confirmer un accord ou de clarifier les raisons de retenir des objectifs ou des moyens particuliers.

6. Dans certains cas, il se peut qu'un résident refuse un traitement ou un service, alors que l'équipe interdisciplinaire croit que cela pourrait l'aider à atteindre son meilleur niveau possible de bien-être. Les préférences du résident doivent être notées dans son dossier clinique. Dans la mesure du possible, l'équipe s'efforcera de les suivre.
7. Une fois que l'équipe interdisciplinaire a identifié les problèmes, les états pathologiques, les limitations, les possibilités de maintenir ou d'améliorer l'état du résident, etc., elle les exprimera, dans toute la mesure du possible, en termes fonctionnels ou comportementaux (par exemple, en quoi son état est-il un problème pour le résident ? comment limite-t-il ou met-il en danger sa capacité à accomplir les tâches de la vie quotidienne ; affecte-t-il son bien-être de quelque façon que ce soit ?).

EXEMPLES

Formulation de problèmes

- M. S. ne peut retrouver seul sa chambre.
- Mme J. gifle les aides-soignantes lorsqu'elles font sa toilette.
- M. B. est incapable de marcher plus de 50 mètres en raison de son essoufflement.

8. L'équipe interdisciplinaire se met d'accord sur un ou des objectifs intermédiaires qui permettront d'atteindre l'objectif final.
9. Le ou les objectifs finals doivent être mesurables et être atteints ou évalués selon un calendrier déterminé.
10. La définition de l'objectif doit comporter :

Sujet — Verbe — Compléments — Calendrier

EXEMPLE

Définition d'un objectif

Sujet	Verbe	Compléments		Calendrier
M. J.	• montera • descendra	5 marches	avec l'aide d'une aide-soignante	chaque jour pendant les 30 prochains jours

11. Selon les résultats de l'évaluation, on se fixera des objectifs d'amélioration, de prévention, d'accompagnement ou de stimulation.
12. L'équipe identifiera les étapes ou méthodes spécifiques qu'elle utilisera pour aider le résident à atteindre ce ou ces objectifs qui serviront d'instructions pour les soins au résident et en assureront la continuité entre les différentes équipes. On rédigera par écrit des instructions courtes et précises qui puissent être comprises par tous les soignants.

13. Le plan de soins final sera discuté avec le résident ou son représentant.
14. Les objectifs et les moyens pour les atteindre seront portés à la connaissance de tous les personnels en contact direct avec le résident, qui n'auraient pas été impliqués dans l'élaboration du plan de soins.
15. L'efficacité du plan de soins doit être évaluée dès sa mise en place et il doit être modifié si nécessaire.
16. Les modifications du plan de soins interviendront en fonction des nécessités et selon les règles des bonnes pratiques cliniques. La communication des modifications apportées au plan de soins doit être permanente au sein de l'équipe.

5.2. Le processus de planification des soins

Cette section (organisée en questions/réponses) fournit une toile de fond pour mieux comprendre le processus de planification des soins et la façon dont elle est conçue à travers la démarche RAI.

Q : Le plan de soins est-il orienté vers la prévention de déclins évitables de fonctions ou de niveaux fonctionnels ?

R : Le plan de soins est un moyen, pour les différentes équipes, de s'assurer qu'un déclin est évité dans toute la mesure du possible. Ce n'est pas seulement la résolution d'un problème clinique (par exemple, le traitement d'une escarre) qui est important, mais aussi la prévention de son aggravation. Par exemple, dans le cas d'un résident souffrant d'escarres, des efforts pour améliorer son humeur qui stimuleront son désir de se lever, accroîtront, tout comme un programme de mobilisation dans le lit, les chances de ralentir la détérioration de son état. Il faut de façon pragmatique orienter les efforts pour fournir des soins de qualité concernant les préoccupations immédiates et, en même temps, tenter d'éviter la survenue d'un déclin fonctionnel. L'équipe interdisciplinaire prendra les devants pour être sûre d'éviter au maximum les détériorations fonctionnelles évitables.

Q : Comment le plan de soins arrive-t-il à gérer les facteurs de risque ?

R : Les GAD constituent d'excellents moyens d'identifier les facteurs qui peuvent accroître pour le résident les probabilités de déclin ou de développement d'un problème. Pour construire un plan de soins efficace, les facteurs de risque ne doivent pas être négligés. Grâce à l'examen des GAD, l'équipe interdisciplinaire peut identifier certaines caractéristiques du résident qui indiquent qu'il risque de développer des problèmes. Par exemple, un changement de médicament peut brusquement exposer un résident à un risque de chute nouveau. L'équipe doit identifier ce risque potentiel et introduire les précautions nécessaires dans le plan de soins (par exemple, mesurer régulièrement la tension orthostatique).

Q : Le plan de soins dépend-il des atouts du résident ?

R : On conçoit généralement les plans des soins comme un effort du personnel pour résoudre ou éliminer les problèmes du résident. Certes, cette optique est souvent valable, mais il est aussi important pour l'équipe interdisciplinaire d'examiner attentivement les points forts du résident et de les utiliser comme des atouts pour prévenir le déclin ou améliorer son état fonctionnel. La démarche RAI n'identifie pas seulement les déficits, elle met aussi en exergue les domaines de vitalité du résident. Lors de la planification des soins, l'équipe s'appuiera sur ces domaines de vitalité en vue d'accroître la qualité des soins et la qualité de vie du résident grâce à une amélioration de ses capacités fonctionnelles et de son estime de soi.

Q : Le plan de soins reflète-t-il les normes de la bonne pratique professionnelle ?

R : Il est important pour tous les personnels de l'établissement d'être informé des normes de bonne pratique en cours et de les utiliser. Ceci peut se réaliser par la pratique usuelle, la mise à jour des programmes de formation interne ou par le recours à des formations externes. L'identification permanente de nouveaux traitements ou nouvelles modalités plus efficaces, de nouveaux types d'activités du résident, etc., et leur introduction dans les plans de soins sera bénéfique pour les résidents s'ils sont introduits dans leurs plans de soins.

Q : Est-ce que les objectifs de traitement ont des résultats mesurables ?

R : Pour mesurer les résultats, il est nécessaire de bien connaître l'état initial du résident pour disposer d'un point de référence de départ (par exemple, combien de fois un comportement ou un symptôme se manifeste-t-il sur une période donnée, comment le résident souffre-t-il ?). Ensuite on fixe un objectif ou un résultat à atteindre (par exemple, réduction de la fréquence d'apparition des troubles du comportement, du niveau de la douleur). Enfin, on a besoin d'un outil pour mesurer si le plan de soins a fait évoluer l'état initial du résident vers l'objectif retenu. Sans résultat mesurable, il n'y a pas moyen de savoir vraiment si un plan de soins a réussi.

Le plan de soins est un *document dynamique* qui doit sans cesse être réévalué et modifié de façon appropriée en fonction d'un résultat mesurable. Une évaluation continue prend en compte le changement du résident par rapport à l'état initial, autrement dit repère si le résident a décliné, est resté le même ou s'est amélioré à un niveau moindre que ce qui était attendu. En fonction de ce résultat, on modifie le plan de soins si cela s'avère nécessaire.

Q : Est-ce que les informations concernant les objectifs et les souhaits du résident à propos des traitements ont bien été obtenues, notamment si le résident refuse un traitement ? A-t-on suffisamment informé le résident à propos de son traitement, de telle façon qu'il puisse faire un choix éclairé ?

R : Dans la mesure du possible, les résidents devraient être impliqués dans la planification de leurs traitements. Ceci signifie que l'équipe doit parler avec le résident des objectifs qu'il voudrait atteindre et dans quelle mesure ils pensent qu'il peut y arriver. Les résidents ont aussi le droit de refuser un traitement. L'équipe doit s'assurer que le résident dispose de l'information nécessaire sur l'effet d'un traitement particulier, sur les soins qu'il reçoit et sur son bien-être général afin qu'il soit en mesure de faire un choix éclairé d'acceptation ou de refus de ce traitement.

Q : Si un résident refuse un traitement, le plan de soins doit-il garder la trace des efforts du personnel pour trouver d'autres moyens de faire face au problème ?

R : Si le résident refuse un traitement, l'équipe doit, avec l'aide du médecin, du résident et de sa famille, chercher d'autres solutions. Souvent, une méthode de traitement peut être refusée, et une autre acceptée. Par exemple, lorsqu'un un résident refuse de prendre un médicament antidépresseur pour le traitement d'une dépression, d'autres programmes d'actions pourraient être envisagés avec lui s'il accepte de rencontrer des professionnels de santé mentale. Par la suite, au lieu de ne rapporter dans le plan de soins que le refus du résident de prendre des antidépresseurs, on notera les autres objectifs et les moyens alternatifs pour les atteindre. Faites participer le personnel qui a une connaissance quotidienne de première main du résident (aides-soignantes et animateurs) à l'examen des options possibles. Ils peuvent fournir des idées sur les motifs pour lesquels le résident refuse les soins et imaginer de meilleures approches du problème.

Q : Est-ce que l'expertise interdisciplinaire a été utilisée dans l'élaboration du plan de soins pour améliorer les capacités fonctionnelles ?

R : Il est de la plus grande importance que le personnel le mieux informé sur le résident, en coordination avec le personnel qui détient la plus grande expertise pour un problème donné, travaille de concert avec le résident, sa famille ou une personne représentative pour l'élaboration du plan de soins.

Le modèle médical de soins, modèle le plus courant dans les établissements de soins aigus, ne doit pas nécessairement inspirer la planification des soins du résident à moins que son état soit instable et nécessite une surveillance clinique continue. *La question majeure est d'identifier les problèmes qui affectent le bien-être quotidien du résident.* De tels problèmes couvrent un large éventail de domaines et varient d'un résident à l'autre.

Bien que les aides-soignantes soient habituellement en première ligne pour répondre aux problèmes du résident et jouent un rôle principal dans la procédure de récolte de l'information, chaque membre de l'équipe interdisciplinaire détient une perspective unique et apporte à la démarche de planification des soins un type de connaissances particulier. En tant que telle, la contribution de chaque membre de l'équipe doit être absolument recherchée et valorisée.

Q : De quelle façon le personnel implique-t-il le résident, sa famille ou ses représentants dans la planification des soins ?

R : Comme cela a été souligné tout au long de ce manuel, le résident, sa famille ou ses représentants doivent être impliqués dans la procédure de planification des soins. Le résident est la personne la plus indiquée pour décrire ce qui a du sens pour sa propre vie. La famille et les amis peuvent aussi contribuer de façon très significative à décrire ce qui est important pour lui, spécialement pour ceux qui ne peuvent communiquer. Même s'ils savent beaucoup sur le résident et les pratiques de soins, les membres de l'équipe ne connaissent pas tout de l'histoire et des expériences du résident, éléments importants lorsqu'on veut déterminer ses besoins et la manière d'y répondre. Si l'on entend développer un plan de soins approprié, qui réponde aux besoins du résident (qualité de vie et des soins), il est important de parler directement avec lui, sa famille et ses amis à la fois pendant l'évaluation et lors de l'élaboration du plan de soins.

Q : Le personnel proche du résident (aides-infirmières, aides-soignantes) est-il pleinement informé des soins, des prestations et des résultats attendus lorsqu'il intervient auprès de ce résident ? Ce même personnel connaît-il les soins dispensés et prestations délivrées par d'autres membres du personnel (personnel qualifié, équipe de nuit, cuisine,…) et leur rapport avec les résultats attendus ?

R : Les aides-infirmières et les aides-soignantes doivent être impliquées directement dans l'élaboration du plan de soins. Il ne faudrait pas sous-estimer l'importance d'une communication permanente entre ce personnel et le reste de l'équipe interdisciplinaire. Puisqu'elles sont le plus fréquemment en contact avec les résidents, ce sont elles qui connaissent le mieux leur vie quotidienne, leurs besoins, leurs problèmes et ressources. Celles qui n'ont pas participé formellement à l'élaboration du plan de soins doivent être informées de la façon dont l'aide et les soins qu'elles donnent au résident sont susceptibles d'améliorer (ou maintenir, ou retarder le déclin) l'état du résident et son bien-être. Symétriquement, le personnel infirmier a besoin de l'apport de ces aides afin de comprendre comment le résident réagit à la mise en œuvre du plan de soins. Les aides représentent la meilleure source d'information sur la façon dont le programme a été mis en œuvre, sur son impact et sur les modifications qu'il faudrait éventuellement y apporter.

Q : Dans les établissements de soins de longue durée, quels sont les domaines qu'on devrait généralement trouver dans un plan de soins ?

R : Dans ce type d'établissements, il y a généralement 5 domaines particulièrement utiles pour structurer un plan de soins. Cette liste n'est pas impérative ni exhaustive.

- *État fonctionnel*
  Une fois la démarche RAI effectuée (MDS, signaux d'alarme, GAD), et après avoir identifié les limitations fonctionnelles du résident, vous inscrirez dans le plan de soins les perturbations nécessitant une intervention.

- *Réadaptation*
  Lorsque le résident présente un potentiel de réadaptation physique, occupationnel, du langage, psychologique ou d'autre type, ceci doit être évalué et inscrit dans le plan de soins. Par exemple, on évaluera le risque d'immobilité et planifiera en conséquence des interventions de mobilisation. Les complications dues à l'immobilité (telle l'atteinte du système musculaire) et leurs symptômes (faiblesse, difficulté à marcher, problèmes de posture, contractures, œdème, constipation, dépression, agitation, etc.) seront évalués et inscrits dans le plan de soins. Ces évaluations pourront inclure les causes, les facteurs de risque particuliers, les observations cliniques ainsi que le besoin d'avis spécialisés complémentaires.

- *Maintien de l'état de santé*
  Le maintien de l'état de santé comprend la surveillance des maladies en cours de traitement. Ceci s'applique aussi bien aux maladies stabilisées et non stabilisées, qui doivent être surveillées (antécédents de problèmes cardiaques, hypertension, AVC, douleur, déshydratation, maladie mentale, etc.). Lorsqu'un résident prend des médicaments, un suivi régulier des signes vitaux, de la glycémie, d'œdème, etc., peut être indiqué.

  Il appartient à l'équipe de décider si elle souhaite inscrire dans le plan de soins des problèmes ou maladies qui n'affectent plus le résident, qui sont sous contrôle ou n'ont plus besoin de surveillance. Cela dépendra du fait que l'équipe juge que ces problèmes retentissent néanmoins sur le fonctionnement général du résident ou sur son bien-être. Parmi d'autres domaines relatifs au maintien de l'état de santé, on mentionnera des traitements spéciaux tels que la dialyse péritonéale, la ventilation assistée, les soins de fin de vie.

- *Sortie potentielle*
  On devrait préciser pour chaque résident si une sortie est envisageable ou prévisible, et ceci à chaque évaluation (à l'admission, annuelle,…). Si tel est le cas, le plan de soins devrait se concentrer sur ce qui devrait être réalisé pour que la sortie se passe dans de bonnes conditions. Ceci sera dûment inscrit dans le plan de soins.

- *Médicaments*
  Au moins une fois par an, on devrait procéder à l'évaluation complète des traitements médicamenteux administrés au résident. Cette évaluation peut se trouver n'importe où dans le dossier du résident, mais elle doit préciser les doses, fréquences, effets secondaires existants ou les plus probables, résultats de laboratoire, comparaisons de paramètres et justification de l'emploi. Un pharmacien révisera mensuellement les prescriptions et discutera des problèmes éventuels avec le personnel compétent.

  L'équipe décidera si les médicaments doivent être inscrits dans le plan de soins. Par exemple, on pourrait y faire figurer les changements récents de médicaments, la polymédication ou les médicaments pouvant entraîner le déclin de l'état fonctionnel du résident. Le plan de soins devrait alerter l'équipe des effets secondaires des médicaments pour lesquels le résident est particulièrement à risque. Un médicament peut aussi constituer un moyen d'atteindre un objectif particulier.

CHAPITRE 6

Les guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD)

GAD 1. État confusionnel aigu (*delirium*)
GAD 2. Perte cognitive/démence
GAD 3. Fonction visuelle
GAD 4. Communication
GAD 5. Activités de la vie quotidienne (AVQ), potentiel de réadaptation fonctionnelle
GAD 6. Incontinence urinaire et sonde à demeure
GAD 7. Bien-être psychosocial
GAD 8. Troubles de l'humeur
GAD 9. Problèmes de comportement
GAD 10. Occupations
GAD 11. Chutes
GAD 12. État nutritionnel
GAD 13. Alimentation par sonde
GAD 14. Déshydratation/équilibre liquidien
GAD 15. Soins dentaires
GAD 16. Escarres
GAD 17. Utilisation des psychotropes
GAD 18. Contention physique

NdT : **Depuis la parution du manuel RAI-institution 2.0, le groupe InterRAI a développé l'application au domicile de la démarche RAI. Dans ce contexte, de nouveaux GAD ont été élaborés. Certains nous ont paru pouvoir être utiles en institution et nous les avons introduits à la fin de ce chapitre :**

GAD 19. Douleur
GAD 20. Soins palliatifs
GAD 21. Maltraitance
GAD 22. Problèmes de la peau et des pieds

GAD 1

État confusionnel aigu *(delirium)*

1. Problème

L'état confusionnel aigu (*delirium*) est un syndrome correspondant à diverses maladies aiguës, traitables. Il s'agit d'un problème sérieux, entraînant un taux de morbidité et de mortalité élevé s'il n'est pas identifié et traité de manière appropriée. L'état confusionnel aigu n'est jamais un élément du vieillissement normal. Certains signes classiques de l'état confusionnel aigu (*delirium*) peuvent être difficiles à reconnaître et peuvent être confondus, à tort, avec l'évolution normale de la démence, en particulier au stade avancé de celle-ci. L'état confusionnel est alors une cause fréquente de mortalité. C'est pourquoi il est essentiel de procéder à une observation attentive du résident et de passer en revue les causes potentielles de cet état.

L'état confusionnel aigu (*delirium*) est caractérisé par des fluctuations de l'état de conscience et de l'orientation, une conscience de l'environnement diminuée et des changements de comportement. L'installation de cet état peut varier selon la gravité de la ou des causes et de l'état de santé du résident ; cependant, il se développe en général rapidement, en quelques jours ou même en quelques heures. Même en présence d'un traitement efficace des causes et symptômes associés, il faut parfois attendre plusieurs semaines pour voir les facultés cognitives retrouver leur état antérieur à l'épisode de confusion.

Le succès du traitement dépend de l'identification précise du tableau clinique, du diagnostic des causes spécifiques et de l'intervention rapide des infirmières et des médecins. L'état confusionnel aigu est souvent causé et aggravé par de multiples facteurs. Ainsi, si vous identifiez et traitez une cause et que l'état persiste, vous devrez continuer de passer en revue les autres principales causes de l'état confusionnel aigu et soigner chacune de celles qui sont identifiées.

2. Signaux d'alarme

Un problème lié à l'état confusionnel aigu est suggéré en présence de un ou plusieurs des indicateurs suivants :

• **Facilement distrait** [(a)]	**[B5a = 2]**
• **Épisodes d'altération de la perception de la réalité** [(a)]	**[B5b = 2]**
• **Épisodes de discours incohérent** [(a)]	**[B5c = 2]**
• **Périodes d'agitation motrice** [(a)]	**[B5d = 2]**
• **Périodes de léthargie** [(a)]	**[B5e = 2]**
• **Fonction mentale variant en cours de journée** [(a)]	**[B5f = 2]**
• **Détérioration de l'état cognitif** [(a)]	**[B6 = 2]**
• **Détérioration de l'humeur** [(a)]	**[E3 = 2]**
• **Détérioration dans les comportements problématiques** [(a)]	**[E5 = 2]**

(a). Lorsqu'un médicament psychotrope est utilisé, tous ces items renvoient aussi au GAD Utilisation des médicaments psychotropes.

3. Recommandations

Une observation minutieuse est requise pour détecter les signes et les symptômes de l'état confusionnel aigu (*delirium*). La connaissance des capacités cognitives habituelles de la personne facilite l'évaluation.

- **L'équipe soignante devrait se familiariser avec les capacités cognitives en observant le résident dans différentes situations, de manière à ce que des changements même subtils, mais significatifs, puissent être identifiés.**

De cette manière, la présence de chaque signe/symptôme peut être considérée comme le signal d'alarme potentiel d'une maladie aiguë et curable. Pour identifier et traiter le problème, on peut choisir de passer en revue les items suivants dans l'ordre présenté ci-dessous. On trouvera d'autres conseils sur les items pertinents du MDS en se référant aux « Clés de lecture » (cf. p. 223).

Diagnostics et troubles associés

En identifiant correctement des causes indirectement associées à l'état confusionnel aigu (*delirium*), vous pouvez éviter la spirale de l'aggravation des symptômes (par exemple, « infection, fièvre, déshydratation, confusion ») ou bien le traitement médicamenteux d'une cause suspectée qui, de fait, aggrave les troubles. Les causes les plus fréquentes de l'état confusionnel aigu (*delirium*) sont liées à des troubles circulatoires, respiratoires, infectieux ou métaboliques. Cependant, la découverte d'une cause ou d'un trouble n'exclut pas la présence d'autres causes associées ou de facteurs multiples imbriqués les uns dans les autres.

Médicaments

Beaucoup de médicaments, utilisés seuls ou en association, peuvent entraîner un état confusionnel aigu (*delirium*).

- **Si nécessaire, comparez les prescriptions médicales et les instructions accompagnant les médicaments pour éviter une simple erreur de médication.**
- **Contrôlez, avec un médecin, la feuille de prescription de médicaments du résident.**
- **Passez en revue tous les médicaments prescrits régulièrement, occasionnellement ou « à la demande », ainsi que ceux que le résident peut prendre hors prescription.**

Nombre de médicaments

Plus ce nombre est élevé, plus le risque de réactions néfastes et de toxicité est grand.

- **Passer en revue les médicaments pour en déterminer l'utilité et l'efficacité (demander si le résident reçoit plus d'un médicament d'une même classe thérapeutique pour traiter une affection).**
- **Vérifier si des interventions non pharmacologiques ont été envisagées (par exemple, un programme d'intervention sur le comportement plutôt que l'usage de neuroleptiques pour répondre aux besoins d'un résident agressif physiquement ou verbalement).**

NOUVEAUX MÉDICAMENTS

- **Observer si le moment de l'apparition ou l'aggravation de l'état confusionnel aigu (*delirium*) a un lien avec la prescription d'un nouveau médicament.**

MÉDICAMENTS SUSCEPTIBLES D'ENTRAÎNER UN ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU (*DELIRIUM*)

NdT : nous nous bornons à citer les classes de médicaments décrits. Nous renonçons à indiquer dans ce manuel le nom de toutes les spécialités pharmaceutiques citées dans la version originale, celles-ci étant commercialisées aux États-Unis sous des noms différents de ceux utilisés en Suisse, en France, au Canada et en Belgique.

1. ***Psychotropes :***
   - **neuroleptiques,**
   - **anxiolytiques/hypnotiques,**
   - **antidépresseurs.**
2. ***Cœur :***
   - **digitaliques,**
   - **anti-arythmiques,**
   - **antagonistes du calcium,**
   - **antihypertenseurs.**
3. ***Système digestif :***
   - **antagonistes du H2.**
4. ***Analgésiques, narcotiques.***
5. ***Anti-inflammatoires :***
   - **cortico-stéroïdes,**
   - **anti-inflammatoires non-stéroïdaux.**
6. ***Médicaments sans prescription médicale :***
   - **spécialement ceux qui ont des propriétés anticholinergiques,**
   - **antigrippaux**
   - **sédatifs,**
   - **stimulants,**
   - **antinauséeux,**

   L'alcool est également susceptible d'entraîner un état confusionnel aigu.

Problèmes psychosociaux

Après avoir éliminé une maladie grave ou une intoxication médicamenteuse comme causes d'état confusionnel aigu (*delirium*), considérez la possibilité pour le résident d'être en proie à une détresse psychosociale qui pourrait induire des signes de confusion mentale.

ISOLEMENT

- **Le résident a-t-il été privé de personnes, d'objets ou de ses repères habituels ?**
- **Le résident est-il désorienté dans le temps, l'espace et confus quant à la perception de son environnement ?**
- **Le résident a-t-il été alité ou isolé pendant un traitement ou une convalescence ?**

Perte récente d'un membre de la famille ou d'un ami

La perte d'un proche peut déclencher une réaction d'affliction se présentant sous la forme d'une confusion aiguë, surtout si la personne disparue apportait un sentiment de sécurité ou représentait un cadre de référence pour un résident atteint de démence.

- **Se reporter au MDS pour déterminer si le résident a eu une perte récente parmi ses proches (famille, amis).**

Humeur dépressive, triste ou anxieuse

Ces états sont susceptibles de conduire à un état confusionnel. Un traitement approprié peut les faire disparaître.

- **Se reporter au MDS pour déterminer si le résident présente des signes ou symptômes de tristesse ou d'anxiété, ou un diagnostic de maladie psychiatrique.**

Moyens de contention

Les moyens de contention aggravent souvent les troubles que l'équipe cherche à traiter (par exemple, confusion, agitation, déambulation).

- **Le résident est-il devenu plus agité et confus depuis que l'on utilise des moyens de contention ?**

Déménagement récent

- **Le résident a-t-il été admis récemment dans un nouvel environnement (nouvel établissement, unité ou chambre) ?**
- **Y a-t-il eu un programme d'orientation établi dans un climat calme, sécurisant, avec des points de repère permettant au résident de s'adapter à l'environnement ?**

Pertes sensorielles

Des déficiences sensorielles favorisent souvent des états de confusion et de désorientation ou des changements de comportement. C'est particulièrement le cas des résidents qui présentent les premiers signes d'une démence. Ces déficiences peuvent aussi aggraver un état confusionnel en affectant sa capacité à percevoir finement et à affronter les stimuli de l'environnement (par exemple, grand bruit, crépuscule). Cela peut provoquer chez lui des hallucinations, des idées délirantes, de fausses interprétations des bruits et des images.

Audition

- **Le déficit auditif est-il lié à des anomalies facilement réversibles : bouchons de cérumen dans les oreilles ou mauvais fonctionnement d'un appareil ?**
- **La privation sensorielle a-t-elle entraîné un état confusionnel ?**
- **L'audition a-t-elle été testée par un médecin, spécialiste ou non ?**

VISION

- **La perte de vision a-t-elle induit une privation sensorielle entraînant la confusion ?**
- **Des changements majeurs de la fonction visuelle sont-ils intervenus sans que le résident ne soit vu par un médecin ?**

Informations complémentaires

- **Le résident présente-t-il de récents troubles du sommeil ?**
- **Le résident a-t-il une démence d'Alzheimer ou toute autre démence ?**
- **L'apparition des troubles du comportement ou des fonctions cognitives se situe-t-elle dans les heures ou jours récents ?**

Environnement

- **L'environnement contribue-t-il à la réduction des symptômes (tranquillité, éclairage suffisant, calme, présence d'objets familiers) ?**
- **Les activités quotidiennes sont-elles divisées en tâches élémentaires pour aider le résident à y faire face (segmentation des tâches) ?**

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME

Un problème lié à l'état confusionnel aigu (delirium) est suggéré si au moins un des signes suivants est présent :

- Facilement distrait [a] **[B5a = 2]**
- Épisodes d'altération de la perception de la réalité [a] **[B5b = 2]**
- Épisodes de discours incohérent [a] **[B5c = 2]**
- Périodes d'agitation motrice [a] **[B5d = 2]**
- Périodes de léthargie [a] **[B5e = 2]**
- Fonction mentale variant en cours de journée [a] **[B5f = 2]**
- Détérioration de l'état cognitif [a] **[B6 = 2]**
- Détérioration de l'humeur [a] **[E3 = 2]**
- Détérioration dans les comportements problématiques [a] **[E5 = 2]**

(a). Quand un psychotrope est utilisé, tous ces items renvoient aussi au GAD Utilisation de médicaments psychotropes.

RECOMMANDATIONS

Facteurs qui peuvent être associés aux signes et aux symptômes de l'état confusionnel aigu :

- **Diagnostics et affections**
  Diabète **[I1a]**, hyperthyroïdie **[I1b]**, hypothyroïdie **[I1c]**, arythmies cardiaques **[I1e]**, insuffisance cardiaque **[I1f]**, accident vasculaire cérébral **[I1t]**, ischémie cérébrale transitoire **[I1bb]**, asthme **[I1hh]**, emphysème, syndrome obstructif chronique **[I1ii]**, anémie **[I1oo]**, cancer **[I1pp]**, déshydratation **[J1c]** ou fièvre **[J1h]**, infarctus du myocarde **[I3]**, toute infection virale ou bactérienne **[I2]**, abdomen chirurgical **[I3]**, traumatisme crânien **[I3]**, hypothermie **[I3]**, hypoglycémie **[I3]**.
- **Médicaments**
  Nombre de médicaments **[O1]** ; nouveaux médicaments **[O2]** ; neuroleptiques **[O4a]** ou anxiolytiques **[O4b]**, hypnotiques **[O4d]**, analgésiques (médicaments pour la douleur), médicaments pour le cœur, le système digestif, anti-inflammatoires, anticholinergiques **[voir ordonnance]**.
- **Problèmes psychosociaux**
  Tristesse ou anxiété **[E1, E2, E3]** ; isolement **[F2e ; voir dossier]**, deuil récent **[F2f]**, dépression **[I1ee]**, utilisation de moyens de contention **[P4c, d, e]** ; déménagement récent **[AB1 ; A4a]**.
- **Déficience sensorielle**
  Audition **[C1]**, vision **[D1]**.

Informations complémentaires pour le diagnostic :
Troubles du sommeil **[E1k]**, Maladie d'Alzheimer **[I1q]**, autre démence **[I1u]**, période de l'installation des symptômes en heures ou en jours **[dossier ou observation]**.

Action de l'environnement sur la réduction des symptômes :
Tranquillité, éclairage suffisant, objets familiers **[par observation]** ; segmentation des tâches **[G7]**.

GAD 2

Perte cognitive/démence [1]

1. Problème

Définition de la démence

Il ne s'agit pas d'une maladie unique mais d'un **syndrome**, c'est-à-dire d'un ensemble de symptômes pouvant être rattachés à plusieurs causes. On se trouve en présence d'un syndrome démentiel si les trois critères suivants sont réunis [2] :

- **Troubles de la mémoire à court et long termes.**
- **ET troubles d'au moins une autre fonction cognitive (pensée abstraite, jugement, orientation, langage, comportement, altération de la personnalité, etc.).**
- **ET ces troubles entraînent un retentissement sur les activités quotidiennes.**

Il faut, d'autre part, prendre en compte les notions de **déclin** et de **trouble chronique :**

- s'il y a déclin mais que l'ensemble des trois critères ci-dessus n'est pas réuni, on parlera seulement de « **déficience cognitive** » ou de « **perte cognitive** » ;
- si les troubles ne sont pas chroniques mais fluctuants, il s'agit plus vraisemblablement d'un syndrome confusionnel (*delirium*).

Si certains signes font penser à un état confusionnel aigu (*delirium*), ce domaine est à explorer en premier. Reportez-vous d'abord au GAD État confusionnel aigu (*delirium)* (p. 218).

Causes de démence

On distingue :

- les démences primitives : dégénératives (par exemple, maladie d'Alzheimer, démence frontotemporale, etc.), vasculaires ou mixtes ;
- les démences secondaires à une autre cause : toxiques, endocriniennes, infectieuses, etc.

La maladie d'Alzheimer représente 60 à 80 % de l'ensemble des démences. Les causes vasculaires viennent ensuite avec 10 à 15 % des cas, mais il existe de nombreuses formes « mixtes » associant ces deux étiologies. Les autres causes sont plus rares, mais elles doivent être recherchées, car certaines sont potentiellement curables, notamment parmi les démences secondaires.

1. Ce GAD ne correspond pas à la traduction directe de l'original américain. Il a été substantiellement remanié et augmenté par une équipe de soignants bordelaise (voir la liste des personnes à la fin de ce GAD).

2. Critères A, B et C du syndrome démentiel selon le DSM-III-R. Voir American Psychiatric Association, *DSM-III-R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1989.

Les principales causes de démence secondaire sont :

- **Neuro-chirurgicales :** tumeur, hydrocéphalie à pression normale, hématome sous-dural chronique.
- **Infectieuses :** Creutzfeldt-Jakob, sida, syphilis, tuberculose, séquelles de méningite.
- **Toxiques :** alcool, médicaments en excès (cf. liste p. 230).
- **Endocriniennes ou métaboliques :** hypothyroïdie, hypocalcémie, carences vitaminiques.
- **Post-anoxiques :** arrêt cardiaque, intoxication à l'oxygène de carbone (CO).
- **Psychiatriques :** dépression.

Le problème diagnostique posé par les démences est donc triple :

1. Éliminer d'abord un éventuel syndrome confusionnel, qui doit être traité en priorité. Quelle que soit la cause du syndrome confusionnel, le traitement est important car il diminue le risque d'évolution ultérieure vers la démence. Par exemple, l'influence du traitement antihypertenseur a été démontrée dans l'évolution des fonctions cognitives et le risque d'apparition de la démence chez les sujets âgés présentant une hypertension artérielle isolée.
2. Identifier les causes potentiellement réversibles de démence.
3. Faire la part des éventuels handicaps congénitaux.

Fréquence et conséquences

En France, on estime (étude PAQUID) que 40 % des personnes âgées vivant dans les institutions en Gironde souffraient de démence en 1990.

Environ 60 % des résidents des institutions d'hébergement pour personnes âgées américaines présentent des signes et des symptômes de déficience cognitive. Une guérison sera possible pour moins de 10 % de ces résidents — ceux atteints d'une affection réversible telle qu'un état confusionnel aigu (*delirium*) ou de l'une des causes de démence curable. Pour les autres, cependant, le syndrome de perte cognitive ou de démence est chronique et évolutif.

Les soins appropriés sont les soins centrés sur l'amélioration de la *qualité de vie, l'entretien des capacités fonctionnelles, la réduction des risques d'aggravation et la préservation de la dignité.*

Les syndromes confusionnels et les problèmes comportementaux sont des facteurs majeurs de complication pour les soins. L'identification et le traitement de ces états permettent de mieux évaluer dans quelle mesure des déficits cognitifs chroniques affectent la vie du résident.

Pour les résidents atteints de déficiences cognitives, un environnement thérapeutique est celui où l'on soutient plutôt qu'on ne traite, et où le personnel, diplômé ou non, est encouragé (et formé) à comprendre l'expérience de perte que vit le résident.

Dans cette perspective, l'équipe développera des plans de soins centrés sur trois objectifs principaux :

- **Permettre au résident de vivre des expériences positives (par exemple, des activités agréables) qui n'impliquent pas des tâches et un stress excessifs.**
- **Définir pour chaque membre de l'équipe s'occupant du résident un rôle de soutien approprié.**
- **Fournir les éléments de base pour que l'équipe et la famille aient des attentes raisonnables concernant les capacités et les besoins du résident.**

2. Signaux d'alarme

Un problème de perte cognitive/démence est suggéré si un ou plus des déficits suivants sont présents :

• Problème de mémoire à court terme	**[B2a = 1]**
• Problème de mémoire à long terme	**[B2b = 1]**
• Difficultés à prendre des décisions courantes	**[B4 = 1, 2 ou 3]** (a)
• Difficultés à comprendre les autres	**[C6 = 1, 2 ou 3]** (b)

(a). Le code 3 renvoie au GAD AVQ (Entretien).
(b). Ces codes renvoient aussi au GAD Communication .

Rappel : si certains signes du tableau d'alarme font aussi référence au domaine de l'état confusionnel aigu (*delirium*), il faut d'abord aller voir le GAD correspondant.

3. Recommandations

Les experts français ont formulé des recommandations pour la prise en charge des patients atteints de démence [3].

Passez en revue les rubriques du MDS pour rechercher les liens possibles entre les problèmes, les pertes cognitives du résident et sa qualité de vie. Les quatre signaux d'alarme identifient des résidents présentant différents niveaux de perte(s) cognitive(s). Même pour les plus déficients, la démarche RAI cherche à identifier les domaines dans lesquels une intervention de l'équipe pourrait être utile. Référez-vous aux « Clés de lecture » de ce GAD (p. 233) pour voir quelles sont les rubriques spécifiques du MDS et les autres éléments à prendre en compte.

Problèmes neurologiques

SIGNES ET SYMPTÔMES COGNITIFS FLUCTUANTS/ÉTAT NEUROLOGIQUE

La coexistence d'un état confusionnel aigu (syndrome confusionnel) et d'une perte cognitive progressive peut conduire à une mauvaise interprétation de la nature des limitations chroniques du résident. Ce n'est que lorsque l'état confusionnel aigu et les problèmes de comportement auront été traités ou quand ce traitement aura été jugé aussi efficace que possible que l'on pourra mesurer exactement les déficits cognitifs chroniques.

CHANGEMENT RÉCENT DES SIGNES/SYMPTÔMES DU PROCESSUS DE DÉMENTIFICATION

Identifier ces changements peut améliorer la sensibilité de l'équipe à la nature des limitations cognitives et fonctionnelles du résident. Cette connaissance peut aider l'équipe à développer des attentes raisonnables vis-à-vis des capacités du résident et à établir des programmes en vue d'améliorer la qualité de sa vie. Cette connaissance peut aussi encourager l'équipe à identifier les causes potentiellement réversibles de récentes pertes cognitives (affections aiguës associées).

3. Voir la bibliographie en annexe de ce GAD, p. 232.

RETARD DE DÉVELOPPEMENT MENTAL, MALADIE D'ALZHEIMER, AUTRES DÉMENCES S'INSTALLANT À L'ÂGE ADULTE

Les diagnostics neurologiques les plus fréquents chez les résidents qui présentent une déficience cognitive sont la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire due à des AVC multiples. Mais les établissements de certains pays accueillent aussi un nombre croissant de résidents présentant un retard de développement mental ou une trisomie 21 (syndrome de Down). Beaucoup d'entre eux semblent développer une démence en vieillissant. Le diagnostic différentiel de ces affections est utile pour rappeler à l'équipe les capacités intellectuelles dont ces résidents continuent de disposer.

Humeur et comportement

La première étape consiste à éliminer une *dépression* qui prendrait une forme pseudo-démentielle : toujours vérifier s'il existe des signes associés correspondant aux domaines « Troubles de l'humeur » ou « Problèmes de comportement ». *Ces domaines d'intervention sont à prendre en compte même s'il existe un diagnostic de démence avérée.*

Si les traitements spécifiques des troubles du comportement et le traitement de l'état confusionnel aigu peuvent limiter ou même faire disparaître un problème de comportement, certains de ces problèmes sont irréversibles et l'équipe devra être préparée (et encouragée) à apprendre à vivre avec les manifestations de ces troubles. Dans certaines situations, quand les problèmes/troubles du comportement persistent, l'équipe peut juger que le comportement ne présente pas de risques pour la sécurité, la santé ou le mode d'activité du résident et ne perturbe pas les autres résidents. Chez le résident qui présente un affaiblissement intellectuel et un problème de comportement, vous pouvez vous poser les questions suivantes :

- **Les facultés intellectuelles ont-elles diminué à la suite de la mise en œuvre d'un plan de soins concernant le comportement (par exemple, médicament psychotrope ou contention physique) ?**
- **L'altération est-elle due au traitement (par exemple, toxicité du médicament ou réaction négative à l'usage de moyens de contention) ?**
- **Les facultés intellectuelles se sont-elles améliorées suite à un plan de soins concernant les troubles de comportements ?**
- **L'aide de l'équipe a-t-elle amélioré les modes de fonctionnement et la performance du résident dans la vie courante ?**

Problèmes médicaux concomitants

PROBLÈMES MAJEURS

L'état cognitif et la qualité de vie du résident peuvent être améliorés par l'identification et le traitement des problèmes somatiques. Le traitement efficace d'une insuffisance cardiaque, d'une broncho-pneumopathie chronique ou d'une constipation peut, par exemple, apporter une amélioration de l'état fonctionnel et intellectuel. Lorsqu'un résident dément présente des affections aiguës ou chroniques, il faut en premier lieu s'assurer de son confort, soulager ses douleurs afin de pouvoir ensuite le traiter. Les communications verbales du résident sont une source d'information (mais non la seule). Certains seront incapables de définir précisément leur douleur. L'utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur par les soignants

(hétéro-évaluation) permet d'apprécier la présence ou l'absence de douleur chez la personne âgée non communicante (voir par exemple l'échelle DOLOPLUS©[4]).

En l'absence de résultats

L'affaiblissement intellectuel d'un résident peut atteindre un stade tel que les problèmes médicaux et psycho-intellectuels cumulés comportent pour lui des risques de complications cliniques (par exemple, escarres) ou de décès. À ce stade, l'équipe peut passer en revue les points suivants :

- **Les facteurs émotionnels, sociaux et/ou environnementaux jouent-ils un rôle important ?**
- **Si le résident ne mange pas, cela est-il dû à :**
  - **un problème d'humeur réversible ?**
  - **un problème de personnalité ?**
  - **une réaction négative de l'environnement ?**
  - **l'atmosphère des repas ?**
  - **une déficience neurologique (par exemple, un trouble de la déglutition ou l'impossibilité de coordonner les mouvements des mains) ?**
- **Pourrait-on remédier à un problème identifié par : `**
  - **une meilleure formation de l'équipe ?**
  - **un essai de médication antidépressive ?**
  - **l'appel à un ergothérapeute ?**
  - **un programme d'assistance ?**
- **Si des causes ne sont pas identifiées, quelles complications cliniques réversibles peuvent être évitées à l'approche de la mort (par exemple, fécalome, infection urinaire, diarrhée, fièvre, douleur, escarres) ?**
- **Quelles interventions sont ou pourraient être mises en œuvre pour atténuer ces complications ?**

Limitations fonctionnelles

ÉVOLUTION DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES DU RÉSIDENT

Les changements fonctionnels sont souvent les premiers signaux d'alarme de l'affaiblissement intellectuel. Il est nécessaire d'en identifier les causes réversibles. Dans la démence débutante, ils se manifestent surtout par des problèmes de manque d'initiative, de planification et d'exécution correcte de la tâche.

Il est utile de vous poser les questions suivantes :

- **Dans quelle mesure le résident est-il dépendant pour les déplacements, l'habillage, l'alimentation et la toilette ?**
- **Le résident pourrait-il être plus indépendant ? Bien distinguer le besoin d'aide et la simple supervision. Penser systématiquement à la segmentation des tâches (item G7 du MDS et voir chapitre 3, p. 109).**

4. Échelle disponible sur le site www.doloplus.com.

- **L'état du résident se détériore-t-il (par exemple, détérioration dans le domaine de la continence urinaire, des déplacements, de l'habillage, de la vision, du temps nécessaire aux activités) ?**

Déficiences sensorielles

DIFFICULTÉS DE PERCEPTION

Beaucoup de résidents, affaiblis intellectuellement, ont des difficultés à identifier de petits objets, à mettre en place une assiette pour manger ou à se mettre en position pour s'asseoir. De telles difficultés peuvent rendre le résident prudent et, à long terme, l'amener à cesser d'accomplir les activités quotidiennes. Si les problèmes sont liés à la vision, des mesures correctives peuvent être efficaces. Malheureusement, beaucoup de résidents ont de la peine à indiquer l'origine de leur problème. Le dépistage d'éventuels troubles visuels peut ainsi souvent s'avérer utile pour les résidents atteints de pertes cognitives.

CAPACITÉ DE COMMUNIQUER

Beaucoup d'individus souffrant de déficits intellectuels semblent incapables de communiquer raisonnablement. Des comportements apparemment incompréhensibles dans lesquels ces personnes s'installent (par exemple, cris, comportement agressif) peuvent représenter leur seul mode de communication. En observant le comportement et son mode d'apparition, on arrive souvent à comprendre les besoins de la personne démente. Par exemple, les résidents attachés pour garantir leur sécurité peuvent devenir bruyants à cause d'un besoin urgent d'uriner ou d'aller à la selle.

Il est utile de vous poser les questions suivantes :

- **Le résident est-il désireux/capable d'établir une communication sensée ?**
- **L'équipe utilise-t-elle des techniques de communication non verbale (par exemple, le toucher, les gestes) pour encourager le résident à répondre ?**

Médicaments

Les médicaments psychotropes, mais ce ne sont pas les seuls, peuvent entraîner une altération des facultés intellectuelles. Si nécessaire, passez en revue la liste de ces médicaments et reportez-vous au GAD Utilisation des médicaments psychotropes (p. 299).

Les médicaments pouvant entraîner des signes de déficience cognitive sont pour la plupart répertoriés dans le tableau 7 page suivante.

TABLEAU 7 : Médicaments avec effets secondaires possibles sur l'état cognitif

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	GÉNÉRIQUE	NOM DE SPÉCIALITÉ
Les **anticholinergiques :** • antidépresseurs tricycliques • antiparkinsoniens…	 clomipramine amitriptyline trihexyphénidyle	 Anafranil®… Laroxyl®… Artane®
Les **anticonvulsivants**	acide valproïque carbamapézine phénobarbital	Dépakine®… Tégrétol®… Gardénal®…
Les **neuroleptiques** type Phénotiazines	chlorpromazine lévomépromazine thioridazine	Largactil®… Nozinan®… Melléril®…
Les **benzodiazépines** en excès		
Certains médicaments à visée **cardiologique :** • antihypertenseurs • digitaliques	 cionidine digoxine	 Catapressan®… Digoxine®…
Les **antihistaminiques gastriques**	cimétidine, ranitidine	Tagamet®, Raniplex®

Si l'on veut arrêter ces médicaments, **cet arrêt doit être progressif**.

Participation aux activités

OCCASIONS D'ACTIVITÉS INDÉPENDANTES

L'équipe encouragera les résidents à participer aux occupations proposées et veillera à ne pas avoir une attitude surprotectrice envers eux. L'altération des capacités fonctionnelles dans un domaine n'implique pas que toute la tâche doive être accomplie par le personnel. Par ailleurs, elle ne doit pas être interprétée comme le signe d'un inévitable déclin dans les autres domaines.

Passez en revue les informations du MDS pour les questions suivantes :

- **Le résident pourrait-il participer davantage à ses soins (par exemple, désir d'être plus indépendant, circonstances dans lesquelles il pourrait être plus indépendant, capacité d'apprendre maintenue, conservation du contrôle du tronc, des membres et/ou des mains) ?**
- **Le résident pourrait-il participer davantage aux décisions touchant à sa vie quotidienne ?**
- **Le résident a-t-il conservé quelque capacité à prendre une décision ?**
- **Le résident est-il passif ?**
- **Le résident s'oppose-t-il aux soins ?**
- **Les activités sont-elles segmentées en tâches partielles ?**

Degré d'implication dans les AVQ

Chez certains résidents, des programmes centrés sur l'organisation de leur vie peuvent atténuer les symptômes perturbant liés à l'affaiblissement intellectuel.

Posez-vous les questions suivantes :

- **Le résident qui a conservé des compétences intellectuelles et n'a pas de problème majeur de comportement est-il associé à la vie de l'établissement et du monde environnant ?**
- **Pourrait-il tirer bénéfice d'une modification de la manière de lui demander sa participation ou d'un changement du cadre dans lequel il accomplit certaines tâches ?**
- **Encourage-t-on les activités en petit groupe ?**
- **Existe-t-il des stimuli (repères) particuliers dans l'environnement (par exemple, fléchages, éclairage particulier, calendrier, horloge, nom de la personne sur la porte, etc.) ?**
- **L'équipe assiste-t-elle régulièrement les résidents de manière à leur permettre de conserver leur plus haut niveau de capacité intellectuelle (par exemple, rappels verbaux, stimulation physique et supervision régulière pour aider le résident à accomplir les AVQ, segmentation des tâches en donnant au résident suffisamment de temps pour répondre aux stimulations, dialogue agréable, encourageant) ?**
- **Le résident a-t-il subi une perte récente (par exemple, décès du conjoint, changement du personnel directement impliqué dans les soins, admission récente dans l'établissement, espacement des visites de sa famille ou de ses amis) ?**

Ce GAD a été retravaillé par un groupe de travail pluridisciplinaire composé de :

Pascale Barberger-Gateau (médecin épidémiologiste)
Chantal Comte (cadre infirmier en SSIAD)
Karine Conti-Vaquet (infirmière en soins de longue durée)
Arnaud Decamps (neurogériatre)
Françoise Maréchal (cadre infirmier en soins de longue durée)
Florence Saillour-Glénisson (médecin épidémiologiste)
Anne-Marie de Sarasqueta (infirmière et ingénieur d'études)

ANNEXES

Annexe 1. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. American Psychiatric Association. *DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 1989.
2. Verny M. Approche diagnostique d'un syndrome démentiel chez le sujet âgé. 2e partie : les démences dites curables. *Rev. Geriatr. 2000* ; 25 : 379-384.
3. Seux M.-L., Thijs L., Forette F. Hypertension artérielle systolique des sujets âgés et fonctions cognitives. Expérience de l'étude Syst-Eur. *Arch Mal Cœur* 1997 ; 90 : 1169-1172.
4. Seux M.-L., Staessen J.-A., Forette F. Traitement de l'hypertension artérielle systolique isolée et prévention de la démence chez les sujets âgés. À propos de l'étude multicentrique européenne Syst-Eur. *Arch Mal Cœur* 1999 ; 92 : 1083-1087.
5. Petit H., Bakchine S., Boulliat J. *et al.* Travaux d'un groupe d'experts sur la maladie d'Alzheimer. Convergences d'un groupe pluridisciplinaire d'experts français sur les modalités du diagnostic et des thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer au stade démentiel. *Rev. Geriatr.* 2000 ; 25 : 397-412.

Annexe 2

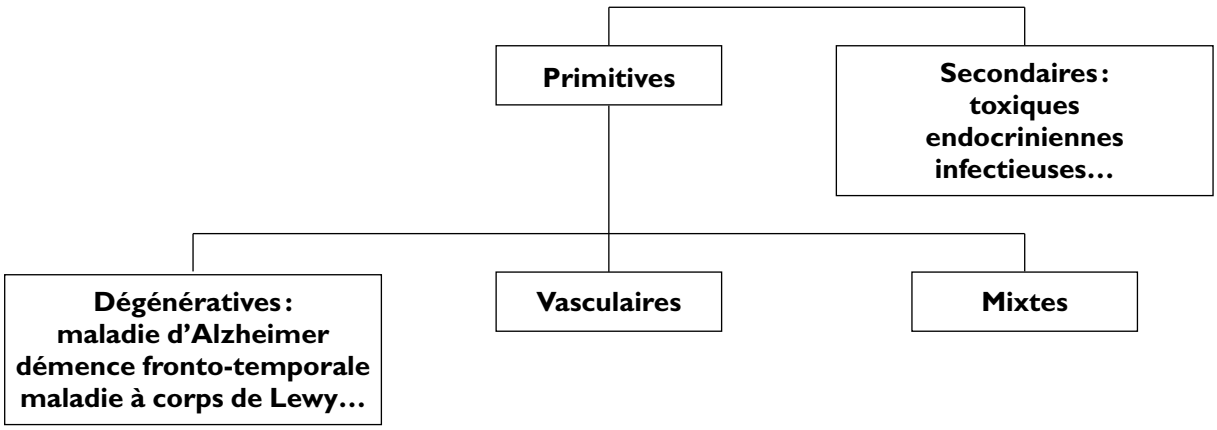


SCHÉMA 3 : Schéma d'étiologie des démences

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Un problème de perte cognitive/démence est suggéré si un ou plus des déficits suivants coexistent :	***Examen des facteurs liés à une perte cognitive :***
• Problème de mémoire à court terme **[B2a = 1]**	• **Neurologie** – *Diagnostic différentiel :* troubles liés au développement mental **[AB10]**, état confusionnel aigu (*delirium*) **[B5]**, détérioration de l'état cognitif **[B6]**.
• Problème de mémoire à long terme **[B2b = 1]**	Si l'un au moins de **B5af = 1 ou 2, traiter en priorité l'état confusionnel aigu.**
• Problème pour prendre des décisions courantes **[B4 = 1, 2 ou 3]** (a)	***Pour le diagnostic différentiel d'état confusionnel aigu/démence :***
• Problème pour comprendre autrui **[C6 = 1, 2 ou 3]** (b)	– *Diagnostic étiologique :* Alzheimer ou autre démence **[I1q, I1u]**.
	Problèmes concomitants à traiter ou suggérant des causes réversibles :
	Si l'un de ces signes associés existe, il est à traiter de façon prioritaire.
	• **Humeur/comportement.** Dépression, tristesse ou détérioration de l'humeur **[E1, E2, E3]**, altération du comportement **[E4, E5]**, état anxieux **[I1dd]**, dépression **[I1ee]**, psychose maniaco-dépressive **[I1ff]**, autres troubles psychiatriques **[I1gg, J1e, J1i]**.
	• **Problèmes médicaux associés.** Constipation **[H2b]**, diarrhée **[H2c]**, fécalome **[H2d]**, diabète **[I1a]**, hypothyroïdie **[I1c]**, insuffisance cardiaque **[I1f]**, autre maladie cardio-vasculaire **[I1k]**, asthme **[I1hh]**, emphysème/syndrome obstructif chronique **[I1ii]**, cancer **[I1pp]**, infections urinaires **[I2j],** douleur **[J2].**
	• **En l'absence de résultats.** Maladie en phase terminale **[J5c]**, poids faible pour la taille **[K2a, b]**, perte de poids **[K3a]**, détérioration de l'état du résident depuis la dernière évaluation **[Q2]**.
	• **Limitations fonctionnelles.** Incapacités **[G1]**, segmentation des tâches dans les AVQ **[G7]**, détérioration dans le domaine des AVQ **[G9]** ou de la continence **[H4]**.
	• **Déficience sensorielle.** Troubles auditifs **[C1],** langage indistinct **[C5]**, comprend rarement/jamais **[C6]**, troubles visuels **[D1]**, peau insensible à la douleur/pression **[M4e]**.
	• **Médicaments.** Neuroleptiques **[O4a]**, anxiolytiques **[O4b]**, antidépresseurs **[O4c]**, diurétiques **[O4e]**.
	• **Participation aux activités**. Admission récente **[AB1]**, abandon d'activités **[E1o]**, participe aux activités en petits groupes **[F1f, N3b, dossier]**, l'équipe/le résident croient que le résident peut faire plus **[G8a, b]**, contention du buste ou attaches au fauteuil **[P4c, d, e]**.

(a). Ces codes renvoient aussi au GAD Communication.

(b). Le code 3 renvoie aussi au GAD AVQ (entretien).

GAD 3

Fonction visuelle

1. Problème

Le vieillissement s'accompagne d'un déclin progressif de l'acuité visuelle, d'une capacité réduite de la mise au point sur un objet proche et de la perception des petits caractères, de difficultés d'adaptation lors du passage de la lumière à l'obscurité et pour la différenciation des couleurs. Pour bien voir, l'œil âgé requiert 3 à 4 fois plus d'intensité lumineuse que celui d'une personne jeune.

Les principales causes de déficience visuelle chez la personne âgée sont la dégénérescence maculaire, la cataracte, le glaucome et la rétinopathie diabétique. De plus, les déficits de perception visuelle (incapacité de percevoir la position des objets dans l'environnement) sont fréquents au sein de la population accueillie dans les établissements de soins. De tels déficits sont des conséquences fréquentes des accidents cérébrovasculaires et sont souvent observés aux stades avancés de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences. L'incidence de l'ensemble de ces problèmes croît avec l'âge. En France, 48 % des résidents des établissements de soins de longue durée pour personnes âgées rapportent des difficultés pour voir de près (INSEE, 1999).

La perte visuelle est un des déficits les plus fréquents chez les personnes âgées en institution. Dans n'importe quel établissement, on doit s'attendre à trouver un nombre important de résidents ayant des difficultés pour accomplir des tâches dépendant de leur vue ainsi que de personnes présentant des problèmes d'adaptation liés à la perte de la vision.

Les conséquences de la perte de la vision sont multiples et peuvent sérieusement affecter la sécurité physique, l'image de soi, la participation à des activités sociales, la réalisation des actes de la vie quotidienne et la rééducation. Ce GAD permet d'identifier deux groupes de résidents :

- ceux qui ont une ou plusieurs pathologies accessibles à un traitement mais qui sont menacés par une cécité définitive (par exemple, glaucome, diabète, hémorragie rétinienne) ;
- ceux qui ont un déficit visuel et dont la qualité de vie s'améliorerait grâce à un appareillage approprié.

On suppose que les résidents présentant un changement brutal de leur vision ont été placés sous surveillance dès l'identification du problème (perte brutale d'acuité visuelle, œil rouge récent, zona, etc.). Dans le cas où cela n'aurait pas été fait, la procédure suggérée dans ce GAD doit inciter l'équipe à se demander si une consultation spécialisée s'impose.

2. Signaux d'alarme

Un problème aigu, réversible (corrigeable) ou une possibilité d'amélioration de la fonction visuelle sont suggérés si au moins un des éléments suivants est présent :

• **Problème de vision latérale (*réversible*)**	**[D2a = coché]**
• **Cataracte (*réversible*)**	**[I1jj = coché]**
• **Glaucome (*réversible*)**	**[I1ll = coché]**
• **Déficience visuelle (*améliorable*)**	**[D1 = 1, 2 ou 3]**

3. Recommandations

La déficience visuelle peut être reliée à de nombreuses causes et l'un des objectifs de ce chapitre est de dépister la présence de facteurs de risque majeurs et de passer en revue l'histoire récente du traitement du résident. Ce chapitre comprend également des questions qui permettent de savoir si le résident souhaite ou a besoin d'améliorer sa vue.

MÉDICATION OPHTALMOLOGIQUE

Examinez le traitement médicamenteux du glaucome (Phospholine iodide®, pilocarpine, Propine®, épinéphrine (adrénaline), Tymoptol® ou autres bêtabloquants, Diamox® ou Neptazane®).

- **Le résident reçoit-il son traitement tel qu'il a été prescrit ?**
- **Le résident présente-t-il des effets secondaires au traitement ?**

DIABÈTE, CATARACTE, GLAUCOME OU DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE

Toutes ces pathologies sont associées à une réduction de l'acuité visuelle et à un déficit du champ visuel. Le diabète peut toucher les yeux en provoquant des hémorragies au niveau de la rétine (rétinopathie). Si le résident est capable de coopérer, il est tout à fait possible de rechercher des problèmes rétiniens et de glaucome.

EXAMEN PAR UN OPHTALMOLOGUE DÈS QU'UN PROBLÈME EST RELEVÉ

- **Le résident a-t-il été examiné par un spécialiste ?**
- **Les recommandations ont-elles été suivies (médicaments, nouvelles lunettes, chirurgie) ?**
- **Les recommandations sont-elles compatibles avec les souhaits du résident (traitement médical ou chirurgical…) ?**

SI UNE PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE OU UNE DÉMENCE A ÉTÉ CONSTATÉE PAR UN MÉDECIN DEPUIS L'APPARITION DU PROBLÈME VISUEL

Revoir le dossier médical afin de chercher si un médecin a examiné le résident pour des difficultés de vision ou de perception. En effet, certains résidents présentant une pathologie telle qu'un accident vasculaire cérébral, une démence ou une myasthénie, peuvent, en l'absence d'une maladie spécifique des yeux, avoir des difficultés d'ordre visuel liées à une atteinte du système nerveux central.

TRISTESSE OU ANXIÉTÉ

Certains résidents, surtout dans un nouvel environnement, peuvent se plaindre de difficultés visuelles susceptibles d'être améliorées lorsque l'on traite l'anxiété ou de la tristesse.

UTILISATION INAPPROPRIÉE DE LUNETTES

Les résidents peuvent aggraver leur handicap en n'utilisant pas ou mal leurs lunettes. Par exemple, les résidents qui portent des lunettes de lecture en marchant, peuvent mal percevoir leur environnement et heurter des objets ou tomber.

- **Les lunettes sont-elles marquées ou identifiées par une couleur qui permette au résident/à l'équipe de savoir quand elles doivent être portées (lunettes de marche, de lecture) ?**

- **Les verres de lunettes sont-ils propres et exempts de rayures ?**
- **Les lunettes ont-elles été récemment perdues ? Ont-elles été utilisées récemment et sont-elles maintenant égarées ?**

BESOIN D'UN EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE OU DE NOUVELLES LUNETTES

Beaucoup de résidents ayant une mauvaise vue seront capables d'évoluer dans leur environnement sans grande difficulté et ni eux ni l'équipe ne percevront le besoin de nouvelles lunettes. Dans d'autres circonstances, les besoins seront identifiés et, pour les résidents capables de participer à un examen ophtalmologique, on pourra envisager de nouvelles lunettes, une intervention pour la cataracte, etc.

- **Le résident présente-t-il une atteinte de la vision périphérique ou un autre problème de vision qui retentit sur sa capacité à manger, à se déplacer dans l'unité ou à communiquer avec d'autres ?**
- **La capacité du résident à reconnaître les membres de l'équipe est-elle limitée du fait d'un problème visuel ?**
- **Si le résident a des difficultés à évoluer dans son environnement ou à participer aux AVQ du fait d'un déficit visuel, a-t-il été adressé à un service ophtalmologique ?**
- **Le résident exprime-t-il des difficultés lorsqu'il regarde la télévision ou lorsqu'il lit ?**
- **Le résident exprime-t-il un intérêt à une amélioration de sa vue ?**
- **Le résident a-t-il refusé de faire examiner ses yeux ? À quand cela remonte-t-il ? Cela est-il arrivé plus d'une fois ?**

MODIFICATIONS DE L'ENVIRONNEMENT

Les résidents dont la vision ne peut être améliorée par des lunettes ou par une intervention médicale ou chirurgicale, peuvent bénéficier d'adaptations environnementales.

- **L'environnement du résident est-il propice à une vision optimum (sols et surfaces de tables non brillantes, veilleuses…).**
- **L'environnement a-t-il été adapté aux besoins individuels du résident (grands signes distinctifs pour les chambres, couleur sur les tiroirs de commode, gros numéros sur le téléphone, lampe de lecture avec une ampoule de puissance adaptée : 300 watts, par exemple) ? Le résident pourrait-il être plus indépendant avec des repères visuels (objets marqués, segmentation des tâches…) ou d'autres repères sensoriels (par exemple, une canne permettant de reconnaître les obstacles sur le passage) ?**

PROBLÈMES AIGUS QUI ONT PU ÊTRE OUBLIÉS

Douleur oculaire, vision double ou floue, perte brutale de la vision : ces symptômes sont habituellement associés à des problèmes aigus de l'œil.

- **Le résident a-t-il été examiné par un médecin ou un ophtalmologue ?**

Les résidents présentant des difficultés de communication peuvent être très difficiles à évaluer. Les résidents qui sont incapables de comprendre les autres personnes peuvent avoir des problèmes pour suivre les directives nécessaires à la réalisation d'un test d'acuité visuelle.

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Un problème visuel aigu ou réversible ou la possibilité d'une amélioration de la vue sont suggérés si un ou plusieurs des éléments suivants sont présents : • Problème de vision latérale (*réversible*) **[D2a = coché]** • Cataracte (*réversible*) **[I1jj = coché]** • Glaucome (*réversible*) **[I1ll = coché]** • Déficience visuelle (*améliorable*) **[D1 = 1, 2 ou 3]**	***Questions et problèmes à passer en revue pour évaluer le besoin d'une intervention :*** • Médicaments ophtalmologiques **[voir dossier]**. • Diabète **[I1a]**, cataracte **[I1jj]**, glaucome **[I1ll]** ; dégénérescence maculaire **[I1mm]**. • Examen par un ophtalmologue depuis la découverte du problème **[voir dossier]**. • Diagnostic neurologique ou démence **[I1q à I1cc]**. • Indicateurs de dépression, d'anxiété ou de tristesse **[E1]**. • Utilisation appropriée des lunettes **[D3 ; à partir du dossier, de l'observation]**. • Besoin d'un examen ophtalmologique/de nouvelles lunettes **[observation clinique]**. • Modifications de l'environnement **[voir dossier, observation]**. • Autres problèmes aigus : douleur oculaire, vision trouble, vision double, perte brutale de la vision **[voir dossier, observation]**.

GAD 4

Communication

1. Problème

Une bonne communication permet aux résidents d'exprimer des émotions, d'écouter les autres et de partager des informations. Elle facilite aussi l'adaptation à un environnement étranger et atténue l'isolement social et la dépression.

Les problèmes de communication liés à **l'expression** incluent les changements/difficultés dans les domaines suivants : émettre un son, parler, trouver les mots appropriés, transmettre des instructions cohérentes, décrire des objets et des événements, utiliser des signes non verbaux (par exemple, gestes) et écrire. Les problèmes de communication liés à la **réception** (des informations) incluent les changements/difficultés dans les domaines suivants : entendre, distinguer des propos dans un contexte calme ou bruyant, comprendre le vocabulaire, voir, lire et interpréter des mimiques (expressions du visage).

Quand la communication est réduite, l'évaluation doit se porter sur plusieurs facteurs : les causes sous-jacentes du déficit, le succès des traitements effectués, la capacité du résident à recourir à des stratégies non verbales (par exemple, capacité d'observer des signes et signaux non verbaux). Il faut aussi considérer la volonté et la capacité de l'équipe à s'engager, avec le résident, à établir une communication efficace. Comme l'utilisation du langage diminue avec l'installation de la démence, l'équipe et le résident doivent développer leurs pratiques de communication non verbale — l'une des plus élémentaires et automatiques des capacités humaines. Le toucher, l'expression du visage, le regard, l'intonation, l'attitude sont des moyens puissants de communication avec le dément. La reconnaissance et l'utilisation de tous ces moyens pratiques sont la clef d'une communication efficace. En France (INSEE, 1999), environ 50 % des résidents des établissements de soins de longue durée ont des difficultés pour entendre et 46 % des difficultés pour communiquer avec l'entourage.

2. Signaux d'alarme

Des possibilités d'amélioration de la communication sont suggérées en présence d'au moins un des éléments suivants :

• **Problèmes d'audition**	**[C1 = 1, 2 ou 3]**
• **Problèmes pour se faire comprendre** [(a)]	**[C4 = 1, 2 ou 3]**
• **Problèmes pour comprendre les autres**	**[C6 = 1, 2 ou 3]**

(a). Ces valeurs renvoient aussi au GAD Perte cognitive/démence.

3. Recommandations

Les signaux d'alarme pour la communication repèrent les résidents qui peuvent bénéficier d'un traitement visant à corriger ces problèmes de communication. Ils identifient parmi les résidents ceux qui ont des problèmes potentiellement réversibles. Une démarche efficace requiert un effort particulier de l'équipe afin d'aller au-delà des idées préconçues qu'elle peut avoir sur les éventuelles réponses du résident au traitement. Ces idées peuvent être basées sur l'échec des traitements précédents aussi bien que sur d'anciennes hypothèses (qui pourraient n'être plus valables actuellement) sur l'absence de bonne volonté du résident à se soumettre à un tel traitement. Passez en revue les points suivants qui sont récapitulés dans les « Clés de lecture » (p. 240).

PROBLÈMES CONCOMITANTS

Ceci concerne, par exemple, la détérioration de l'état cognitif, l'accentuation des troubles de l'humeur, l'altération des capacités à accomplir les AVQ. Lorsque les problèmes concomitants auront été améliorés ou stabilisés, la capacité de communication du résident devra être réévaluée.

COMPOSANTES DE LA COMMUNICATION

L'objectif de tout programme thérapeutique est de détailler les points forts et les points faibles du résident en ce qui concerne la compréhension, l'audition et l'expression orale.

- **Vérifiez l'état de l'audition du résident et, si besoin est, la disponibilité, l'utilisation, le bon état (par exemple, les piles) d'un appareillage auditif ou de tout autre système permettant de communiquer (lecture labiale, messages écrits, tableau pour communiquer, etc.).**
- **Recherchez s'il y a eu baisse de l'audition et/ou de la communication. La baisse de l'audition est souvent insidieuse et risque de passer inaperçue du personnel et du résident lui-même.**
- **Vérifiez l'état clinique de l'oreille (écoulements, bouchon de cérumen, etc.) qui peut entraîner des modifications de l'audition.**

AUTRES FACTEURS À PASSER EN REVUE EN RAISON DE LEURS LIENS POSSIBLES AVEC DES PROBLÈMES DE COMMUNICATION

- **Pour les états chroniques dont l'amélioration est peu probable, envisagez des solutions ou des interventions susceptibles de compenser les manques (par exemple, pour les résidents atteints de démence de type Alzheimer qui présentent des troubles modérés, l'utilisation de phrases courtes et directes et le toucher peuvent être des moyens efficaces).**
- **Existe-t-il des problèmes aigus ou transitoires qui, s'ils sont traités, peuvent apporter une amélioration des capacités de communication (par exemple, infections, épisode aigu d'une maladie chronique) ?**
- **Le résident prend-il des médicaments susceptibles d'entraîner des troubles de la communication ? Un changement de posologie ou une substitution peuvent-ils conduire à améliorer les capacités de communication ?**
- **Le résident manque-t-il d'occasions de communiquer ? Pourrait-on y remédier (par exemple, disponibilité de partenaires) ?**

Questions à clarifier

Faire l'historique du traitement et de l'évaluation des troubles de l'audition et de la communication du résident.

- **Le résident a-t-il bénéficié d'une évaluation par un ORL ou un spécialiste du langage ? quand ?**
- **L'état du résident s'est-il détérioré depuis la dernière évaluation ?**
- **Si une telle évaluation a motivé un plan de soins, celui-ci a-t-il été suivi ?**

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Des possibilités d'amélioration en matière de communication existent si un ou plusieurs des éléments suivants sont présents : • Problèmes d'audition **[C1 = 1, 2 ou 3]** • Problèmes pour se faire comprendre **[C4 = 1, 2 ou 3]** • Problèmes pour comprendre les autres [(a)] **[C6 = 1, 2 ou 3]**	***Problèmes concomitants auxquels une réponse doit être apportée :*** • Détérioration de l'état cognitif **[B6]** • Accentuation des troubles de l'humeur **[E3]** • Altération des capacités pour accomplir les AVQ **[G9]** ***Composantes de la communication à considérer :*** • Audition **[C1]** • Systèmes de communication/modes d'expression **[C2, C3]** • Altération de la communication/de l'audition **[C7]** • État clinique de l'oreille : écoulements, bouchon de cérumen, modification de l'audition **[voir dossier ou examen]** • Vision **[D1]** ***Facteurs à passer en revue, compte tenu de leur relation possible avec les problèmes de communication :*** • **Maladies chroniques.** Démences de type Alzheimer ou autre **[I1d, I1u]**, aphasie **[I1r]**, accident vasculaire cérébral **[I1t]**, maladie de Parkinson **[I1y]**, troubles psychiatriques **[I1dd à I1gg]**, asthme **[I1hh]**, emphysème/broncho-pneumopathie **[I1ii]**, cancer **[I1pp]**. • **Affections transitoires.** État confusionnel aigu **[B5]**, infections **[I2]**, épisode aigu **[J5b]**. • **Médicaments.** Psychotropes **[O4a à O4d]**, hypnotiques, antiparkinsoniens, gentamicine, tobramycine, aspirine à dose toxique **[voir dossier]**. • **Occasions de communiquer.** La qualité ou la quantité de communication est-elle (ou non) proportionnelle à la capacité apparente de communiquer **[évaluation de l'équipe]**. ***Problèmes à éclaircir :*** • Mémoire **[B2 ; B3]** • Audiogramme récent/évaluation de la pathologie du langage **[P1ba ; voir dossier]**. • Détérioration de l'état du résident depuis la dernière évaluation **[Q2]**

(a). Ces valeurs renvoient aussi au GAD Perte cognitive, démence.

GAD 5

Activités de la vie quotidienne (AVQ), potentiel de réadaptation fonctionnelle

1. Problème

Pour tout être humain, qu'il vive dans un établissement de soins ou à domicile, la maîtrise des AVQ et la mobilité sont d'une importance capitale. L'établissement de soins ne diffère que sur un point : la plupart des résidents y ont besoin d'assistance pour leurs soins quotidiens. Cette dépendance peut générer chez le sujet une grande détresse, une invalidité, un isolement, une diminution du sentiment de sa propre valeur et la perte de la maîtrise de son existence. Avec l'augmentation de l'inactivité, on peut s'attendre à l'apparition de complications telles qu'escarres, chutes, contractures ou fonte musculaire.

Le GAD pour les AVQ aide le personnel à se fixer des objectifs positifs et réalistes, en soupesant les avantages de l'indépendance[5] par rapport aux risques concernant la sécurité et l'atteinte à l'image de soi en cas d'échec. En décidant de favoriser l'indépendance, le personnel doit être en mesure d'accepter de prendre des risques raisonnables et de rechercher la participation active du résident pour fixer les objectifs du traitement.

Plusieurs types d'objectifs de réadaptation peuvent être envisagés :

- rendre un maximum d'indépendance dans un domaine donné ;
- remplacer l'assistance physique par un programme de segmentation des tâches et une stimulation verbale ;
- restaurer les capacités du résident jusqu'à un niveau qui lui permette de fonctionner avec une assistance restreinte ;
- raccourcir le temps d'aide nécessaire ;
- élargir l'espace dans lequel le résident peut se sentir indépendant ;
- éviter ou freiner une augmentation de la perte d'indépendance ;
- aider le résident dont l'état va vraisemblablement s'aggraver, en vue de diminuer les risques de complications (escarres et contractures…).

2. Signaux d'alarme

Les deux catégories de signaux d'alarme du MDS — A (réadaptation) et B (entretien — signalent des types de résidents pour lesquels des interventions particulières peuvent être des plus importantes. Ces résidents peuvent avoir soit le besoin et le potentiel nécessaire pour faire des progrès — A (réadaptation) —, soit le besoin de recevoir des soins pour prévenir une aggravation — B (entretien).

5. *NdT :* il est utile de rappeler que les termes « indépendance » et « autonomie » ne sont pas synonymes. Ils ne désignent pas la même chose :
- **Indépendance :** faculté d'effectuer soi-même (sans l'aide d'un tiers) les actes de la vie courante.
- **Autonomie :** se gérer soi-même, décider soi-même, avoir la maîtrise de son existence.

Signaux d'alarme A (réadaptation)

Un plan de réadaptation/récupération est suggéré en présence d'au moins un des éléments suivants :

• **Mobilité dans le lit — non indépendant)** [(a)]	**[G1a (A) = 1 à 4]**
• **Transfert (non indépendant)**	**[G1b (A) = 1 à 4]**
• **Déplacement dans la chambre (non indépendant)**	**[G1c (A) = 1 à 4]**
• **Déplacement dans les couloirs (non indépendant)**	**[G1d (A) = 1 à 4]**
• **Déplacement dans l'unité (non indépendant)**	**[G1e (A) = 1 à 4]**
• **Déplacement à l'extérieur de l'unité (non indépendant)**	**[G1f (A) = 1 à 4]**
• **Habillage (non indépendant)**	**[G1g (A) = 1 à 4]**
• **Alimentation (non indépendant)**	**[G1h (A) = 1 à 4]**
• **Utilisation des WC (non indépendant)**	**[G1i (A) = 1 à 4]**
• **Hygiène personnelle (non indépendant)**	**[G1j (A) = 1 à 4]**
• **Bain (non indépendant)**	**[G2 (A) = 1 à 4]**
• **Le résident se croit capable d'un accroissement de son indépendance pour au moins quelques-unes des AVQ**	**[G8a = coché]**
• **L'équipe croit le résident capable d'un accroissement de son indépendance pour au moins quelques-unes des AVQ**	**[G8b = coché]**

(a). Les codes 2, 3 et 4 renvoient aussi au GAD Ulcère de pression (escarre).

Signaux d'alarme B (entretien)

Un plan d'entretien ou de prévention des complications est proposé si :

• **Ne prend pratiquement jamais de décisions**	**[B4 = 3]** [(a)]

(a). Ce code renvoie aussi au GAD Perte cognitive, démence.

Note : lorsque des signaux d'alarme des deux catégories (A et B) sont présents, donnez la priorité à B (entretien) dans l'analyse de la situation.

Ces règles de décision peuvent être présentées de façon synthétique comme dans le schéma 4.

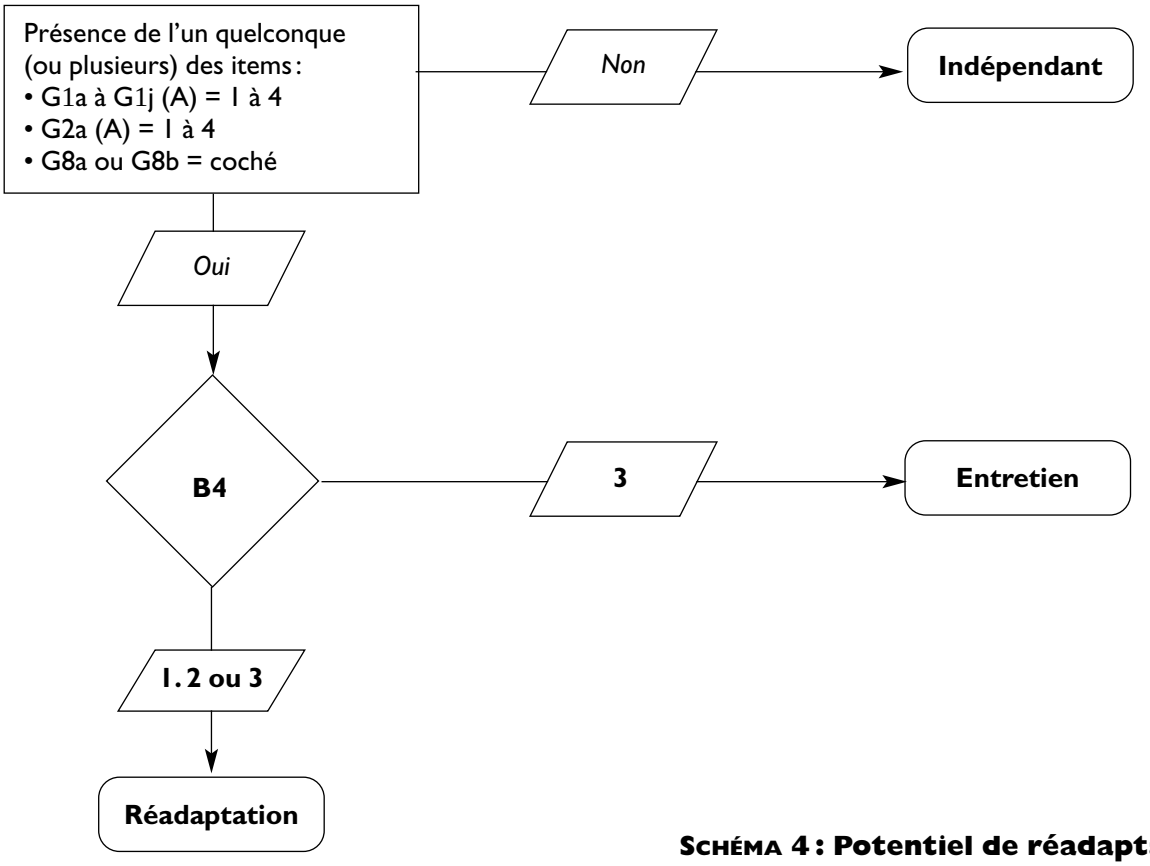


SCHÉMA 4 : Potentiel de réadaptation ou prévention des complications (entretien)

3. Recommandations

L'approche des difficultés d'un résident dans les AVQ se base sur la connaissance clinique :

- des causes de la dépendance ;
- de l'évolution prévisible du (des) problème(s) ;
- des types de soins qui peuvent être efficaces ou inefficaces dans cette circonstance.

Le but du MDS est d'aider les soignants à identifier les résidents pour lesquels des objectifs de réadaptation peuvent être raisonnablement établis. De nombreux résidents qui rencontrent des difficultés dans les activités quotidiennes peuvent retrouver une capacité partielle à prendre soin d'eux-mêmes. Certains types de pertes fonctionnelles, entraînées par une maladie, peuvent être traités avec succès. De plus, l'élimination de moyens de contention utilisés de manière inadéquate et la surveillance stricte d'une médication potentiellement toxique peuvent apporter une amélioration de l'état fonctionnel.

Utilisez les données de la « Clé de lecture » du GAD sur les AVQ (p. 246) pour évaluer les risques de détérioration de l'état du résident et ses chances de réadaptation. Les réponses à ces items permettent de se concentrer sur un déficit particulier (par ex. : en décrivant les domaines spécifiques dans lesquels une détérioration a été observée ou dans lesquels une amélioration est possible).

La première chose à faire est de repérer la présence éventuelle de problèmes concomitants à résoudre avant que des objectifs de réadaptation puissent être raisonnablement établis.

La deuxième tâche sera de préciser le potentiel du résident pour une amélioration de son état fonctionnel. Le soignant pourra s'inspirer des questions suivantes pour commencer son évaluation :

- **Le résident est-il capable d'apprendre ? Dans quelle mesure le résident peut-il faire appel à sa mémoire pour résoudre les problèmes actuels ?**
- **Quel est son état fonctionnel général ? Quel est son degré d'incapacité ? Cet état varie-t-il ?**
- **La mobilité est-elle gravement déficiente ?**
- **L'utilisation du tronc, des jambes, des bras et/ou des mains est-elle gravement déficiente ?**
- **Y a-t-il des problèmes de comportement particuliers ?**
- **Y a-t-il des problèmes d'humeur particuliers ?**
- **Le résident est-il motivé pour participer à un programme de réadaptation ?**

Dans les cas où des objectifs de réadaptation seront envisagés, l'utilisation du formulaire **« Supplément AVQ »** ci-après et en annexe 2 p. 358, aidera les personnes chargées du plan de soins à se concentrer sur les domaines qui peuvent être améliorés, leur permettant de faire un choix parmi un certain nombre de tâches fondamentales dans ces domaines. La **partie 1** du supplément peut aider à évaluer l'état de tous les résidents qui ont été signalés par le tableau d'alarme. La **partie 2** sera utile au moment où un plan de traitement est envisagé.

TABLEAU 8 : Évaluation des problèmes et objectifs possibles

PARTIE 1 : Évaluation des problèmes

Instructions : pour les domaines qui ont été repérés par les signaux d'alarme, indiquez la ou les raisons de l'aide dans les domaines où une aide physique est requise.

DOMAINES MOTIF	HABILLAGE	BAIN	WC	DÉPLACEMENTS	TRANSFERT	ALIMENTATION
Limitations mentales : problèmes d'enchaînement des séquences, actions incomplètes, limitations dues à l'anxiété, etc.						
Limitations physiques : faiblesse, limitation de l'amplitude des mouvements, mauvaise coordination, altération de la vision, douleur, etc.						
Facteurs institutionnels : philosophie de soin de l'établissement, règles, aménagement des lieux, etc.						

PARTIE 2 : Objectifs possibles

Si un fauteuil roulant est utilisé, cochez : ❑

Instructions Ceci concerne les personnes pour lesquelles on envisage un traitement de **réadaptation** ou de **prévention** du déclin. Indiquez le genre d'activité spécifique pour laquelle on prévoit : 1. des soins d'entretien pour prévenir une détérioration ; 2. un traitement pour parvenir à un état fonctionnel optimum (en choisissant les capacités AVQ juste au-dessus de celles qu'il est actuellement capable d'accomplir ou auxquelles il participe).						
	Cherche/choisit/ reçoit ses vêtements	Entre dans la douche/la baignoire	Va aux WC/chaise percée/prend l'urinal la nuit	Marche dans la chambre ou les environs ❑	Se met en position seul et se prépare au transfert	Ouvre/verse déballe/coupe, etc.
	Saisit ses vêtements et s'habille en haut et en bas	Ouvre le robinet, règle la température	Défait ses vêtements pour aller aux toilettes	Se déplace dans l'unité ❑	Se rend vers le lit/la chaise	Saisit les couverts et les tasses
	Peut manier les boutons, les agrafes et les fermetures éclair	Se savonne le corps (sauf le dos)	Indépendant pour le transfert/l'installation	Se déplace dans le bâtiment (prend l'ascenseur) ❑	Prépare le lit/la chaise (arrange les coussins, ouvre les couvertures)	Pèle les fruits/coupe sa nourriture, utilise les doigts si nécessaire
	Met ses vêtements dans un ordre correct	Se rince le corps	Élimine dans les toilettes	Se déplace à l'extérieur ❑	Fait le transfert (se lève, s'assied, se soulève, se tourne)	Mâche, boit, avale
	Saisit et repose chaque pièce de vêtement	Se sèche avec une serviette	Déchire le papier et s'essuie seul	Se déplace sur des surfaces irrégulières ❑	Se met en bonne position/s'arrange seul	Continue jusqu'à ce qu'il ait tout avalé
	Remet en place ses vêtements correctement	Autre	Tire la chasse	Autre ❑	Autre	Utilise sa serviette, s'essuie seul
	Autre		Remet ses vêtements, se lave les mains			Autre

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Signaux d'alarme A (**réadaptation**) ***Un plan de réadaptation/récupération est suggéré en présence de limitations pour l'une ou plusieurs des activités suivantes :*** • Mobilité dans le lit [a] **[G1a (A) = 1 à 4]** • Transfert **[G1b (A) = 1 à 4]** • Déplacement dans la chambre **[G1c (A) = 1 à 4]** • Déplacement dans les couloirs **[G1d (A) = 1 à 4]** • Déplacement dans l'unité **[G1e (A) = 1 à 4]** • Déplacement à l'extérieur **[G1f (A) = 1 à 4]** • Habillage **[G1g (A) = 1 à 4]** • Alimentation **[G1h (A) = 1 à 4]** • Utilisation des WC **[G1i (A) = 1 à 4]** • Hygiène personnelle **[G1j (A) = 1 à 4]** • Bain **[G2 (A) = 1 à 4]** • Le résident se croit capable d'un accroissement de son indépendance pour au moins quelques-unes des AVQ **[G8a = coché]** • L'équipe croit le résident capable d'un accroissement de son indépendance pour au moins quelques-unes des AVQ **[G8b = coché]** **Signaux d'alarme B (entretien)** ***Un plan d'entretien ou de prévention des complications est suggéré si :*** • Pas de capacité à prendre des décisions **[B4 = 3]** [b]	***Problèmes concomitants qui peuvent exiger un traitement :*** • État confusionnel aigu **[B5]** • Problèmes d'humeur persistants **[E2]** • Détérioration de l'humeur **[E3]** • Problèmes quotidiens de comportement **[E4]** • Détérioration du comportement **[E5]** • Problèmes de santé fluctuants ou aigus **[J5a ou b]** • Utilisation de médicaments psychotropes **[O4a, b, c ou d]** • Détérioration de l'état général du résident depuis la dernière évaluation **[Q2]** ***Questions à considérer :*** • Capacité à prendre des décisions **[B4]** • Améliorations antérieures en ce qui concerne l'état cognitif, l'humeur, le comportement ou les AVQ **[B6 ; E3, E5 ; G9]** • Communication **[C]** • Vision **[D]** • Test d'équilibre, de limitation de mouvement **[G3, G4]** • Le résident se croit capable d'un accroissement de son indépendance pour au moins quelques-unes des activités de la vie quotidienne **[G8a = coché]** • L'équipe croit le résident capable d'un accroissement de son indépendance pour au moins quelques-unes des AVQ **[G8b = coché]** **Remplir la partie 1 du « Supplément AVQ » pour *tous les résidents* repérés par les signaux d'alarme.** **Pour un résident qui présente *un potentiel de réadaptation*, remplir la partie 2 du « Supplément AVQ ».**

(a). Les codes 2, 3 ou 4 renvoient aussi au GAD Ulcère de pression (escarre).

(b). Ce code renvoie aussi au GAD Perte cognitive, démence.

GAD 6

Incontinence urinaire et sonde à demeure

1. Problème

L'incontinence urinaire est l'incapacité de contrôler l'émission d'urine d'une manière socialement adéquate. En France, selon l'INSEE (1999) 52 % des résidents des établissements de soins de longue durée sont incontinents. Aux États-Unis, le pourcentage est de 50 %.

L'incontinence est la cause de nombreux problèmes qui vont de l'irritation de la peau à l'isolement social, en passant par les chutes, les escarres et tous les troubles potentiels liés à l'usage de la sonde urinaire. De plus, redevenir continent constitue souvent un objectif important aux yeux du résident, l'incontinence affectant souvent son bien-être psychologique et sa vie sociale. L'incontinence est réversible chez un bon nombre de résidents âgés, mais il ne faut pas attendre qu'une évaluation résolve tous les problèmes. L'utilisation d'une sonde augmente le risque d'infection mettant la vie en danger, de calculs vésicaux et de cancer. Elle augmente également l'inconfort du patient et l'usage inapproprié de médicaments nécessaires pour traiter les spasmes vésicaux associés, souvent grevés d'effets secondaires graves. Pour beaucoup de résidents (mais pas pour tous), l'incontinence urinaire est réversible. Quant aux porteurs de sonde, on peut souvent envisager une approche plus sûre et plus confortable.

Ce GAD, dont l'objectif est d'améliorer la continence, dépasse le cadre de la rééducation vésicale. Même si on pense que le résident n'est pas susceptible d'être sujet à une rééducation de la vessie, l'étude de ce GAD sera utile dans la mesure où elle permet de mettre en évidence bien d'autres problèmes, dont le traitement non seulement réduit l'incontinence, mais augmente également la qualité de vie du résident.

Le but de cet approfondissement est de détecter des causes réversibles de l'incontinence (infections, médications ou situations particulières ayant induit l'incontinence), d'identifier les personnes dont l'incontinence est causée par des troubles graves (tumeurs de la vessie, atteinte de la moelle épinière), et de reconsidérer la pertinence de l'usage d'une sonde. Le discernement de l'équipe soignante est requis pour atteindre ces objectifs. Les instructions détaillées ci-dessous faciliteront ce processus de soins.

La continence dépend de multiples facteurs. Les conditions d'un bon fonctionnement de l'appareil urinaire sont, d'une part, une vessie capable de stocker et d'expulser l'urine, d'autre part, un urètre qui s'ouvre et se ferme de manière adéquate. Les autres conditions sont la capacité de déplacement du résident pour atteindre les toilettes à temps (avec ou sans aide), sa capacité à s'essuyer et à ajuster ses vêtements (dextérité), ses aptitudes cognitives et sociales (par exemple, ressentir le besoin d'uriner et trouver l'endroit approprié à temps), sa motivation. L'équilibre hydrique et l'intégrité de la moelle épinière et des nerfs périphériques ont aussi un effet sur la continence. Un changement au niveau de chacun de ces facteurs peut entraîner une incontinence, bien qu'en général, une altération de plusieurs de ces facteurs intervienne avant que l'incontinence ne se manifeste.

2. Signaux d'alarme

L'établissement d'un plan de soins est suggéré, si un (ou plusieurs) des éléments suivants est présent :

• Incontinent 2 fois ou plus par semaine	**[H1b = 2, 3 ou 4]**
• Utilisation d'un système de recueil externe (condom)	**[H3c = coché]**
• Utilisation d'une sonde vésicale à demeure	**[H3d = coché]**
• Sondages occasionnels	**[H3e = coché]**
• Utilisation de protections	**[H3g = coché]**

3. Recommandations

Pour les *résidents atteints d'incontinence* (y compris ceux qui ont un condom), toutes les rubriques du MDS décrites à la section A (ci-dessous) devraient être passées en revue, à moins que des critères d'exclusion n'aient été rencontrés. Si la cause ou les facteurs potentiels ne sont pas identifiés, étudiez la section B et, si nécessaire, la section C. Pour les *résidents porteurs d'une sonde à demeure*, appliquez d'abord les recommandations des sections A et B, puis celles de la section D.

A. Rubriques nécessaires à l'évaluation de l'incontinence ou à l'indication d'une sonde à demeure

Passez en revue les problèmes réversibles identifiés dans les « Clés de lecture » (p. 255). Leur diagnostic est en principe aisé et leur traitement améliorera non seulement les problèmes d'incontinence, mais également l'état fonctionnel.

INFECTION DES VOIES URINAIRES

Ces infections sont une cause fréquente d'incontinence, spécialement d'une incontinence récente. C'est pourquoi celles-ci devraient être recherchées chez tous les résidents. Si le recueil d'urine stérile n'est pas réalisable et si le résident présente simultanément des problèmes de mémoire et qu'il requiert une assistance importante pour les transferts, vous pouvez choisir de recourir à un sondage pour obtenir un échantillon. Cependant on n'a pas fait la preuve que l'identification et le traitement des infections urinaires dans cette population sont efficaces.

FÉCALOME

Un fécalome est très fréquent et peut être la cause d'une incontinence en empêchant la vessie de bien se vider. Il faut donc rechercher sa présence chez chaque résident incontinent.

- **Pour diagnostiquer un fécalome, pratiquez un toucher rectal.**
- **Si l'on ne trouve pas de selles ou une petite quantité de selles molles, on peut en déduire qu'il ne s'agit pas là de la cause de l'incontinence. Le fait que le résident soit allé à la selle *n'est pas suffisant* pour exclure la présence d'un fécalome.**

ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU

Si le résident présente un état confusionnel aigu, celui-ci devient le problème prioritaire. Souvent, quand ce problème est traité, l'incontinence disparaît. En attendant, une prise en charge régulière pour aller aux toilettes peut aider.

DÉPRESSION

Une dépression grave peut entraîner une perte de la motivation à rester sec. L'incitation à aller aux toilettes est utile dans la mesure où elle constitue un renforcement positif.

IMMOBILITÉ

Pour un bon nombre de résidents, l'incontinence a un lien évident avec l'immobilité. Améliorer la capacité d'un résident à effectuer les transferts, à se déplacer et à aller aux toilettes réduira souvent les problèmes d'incontinence, de même que le fait de répondre assez rapidement à ses demandes d'aide.

INSUFFISANCE CARDIAQUE OU ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS

Une insuffisance cardiaque et les œdèmes associés créent des difficultés particulières quand le résident est alité : la diurèse dépasse la capacité vésicale. Un traitement de ces affections contribue à améliorer non seulement l'incontinence mais également l'état fonctionnel.

AVC RÉCENT

Une fois l'état du patient stabilisé, en l'absence d'état confusionnel aigu, lorsque la locomotion s'est améliorée, continuez la rééducation si l'incontinence persiste. La plupart des patients récupèrent la continence.

DIABÈTE

Un diabète déséquilibré avec une glycémie élevée entraîne des pertes hydriques qui peuvent causer ou aggraver une incontinence. Le rééquilibrage du diabète améliorera la continence et l'état fonctionnel.

DIFFICULTÉS POUR ACCÉDER AUX TOILETTES

L'usage régulier de moyens de contention peut entraîner l'impossibilité pour le résident d'aller aux toilettes. L'intervention rapide du personnel est alors requise. Les toilettes peuvent aussi se trouver trop éloignées pour un résident qui ressent trop tard le besoin d'uriner (par exemple, il peut ne pas y avoir de toilettes à proximité de la salle d'animation). Des modifications de l'environnement tel l'apport d'une chaise percée, d'un urinal ou une chambre plus près des toilettes peuvent améliorer la situation. Pour rester continents, les résidents peuvent aussi avoir besoin de plus de vigilance de la part du personnel.

MÉDICAMENTS

De nombreux médicaments peuvent affecter le fonctionnement de la vessie ou de l'urètre, induire des troubles urinaires et entraîner une incontinence. On devrait en principe rechercher s'il est possible d'interrompre les traitements avec les médicaments incriminés en pesant les risques et les bénéfices de cette décision. Par exemple, certains médicaments anti-hypertenseurs peuvent facilement être remplacés. Il peut cependant arriver qu'un médicament anti-arythmique n'ait pas de substitut approprié.

- **Passez en revue tous les médicaments prescrits régulièrement, occasionnellement ou utilisés « à la demande », ainsi que ceux que le résident peut prendre sans ordonnance.**

Les médicaments qui peuvent entraîner une incontinence font partie des classes suivantes :

1. *Diurétiques.* Spécialement ceux qui ont une action rapide comme les diurétiques de l'anse : furosamide (Lasilix®), bumétamide (Burinex®) et moins fréquemment les diurétiques thiazidiques comme l'hydrochlorothiazide (Esidrex®).
2. *Sédatifs et hypnotiques.* Par exemple les médicaments pour dormir, les anxiolytiques tel le diazépam (Valium®, Xanax®, Lexomil®).
3. *Tous les médicaments ayant une action anticholinergique :*
   - neuroleptiques (Haldol®, Melléril®),
   - antidépresseurs (Elavil®, etc.),
   - analgésiques centraux (morphine, Dolosal®, etc.),
   - antiparkinsoniens (à l'exception du Sinermet® et Déprénil®),
   - disopyramide,
   - antispasmodiques (Probantine®, etc.),
   - antihistaminiques (médicaments pour un rhume, etc.).
4. *Inhibiteurs calciques*
5. *Médicaments agissant sur le système nerveux sympathique*
   - alpha-bloquants : prazosine (Alpress®),
   - sympathomimétiques alpha : éphédrine, phénylpropanolamine (Dénoral®, Rinutan®, etc.).

B. Autres causes ou facteurs potentiels conduisant à l'incontinence ou à la pose d'une sonde à demeure

Bien des informations requises ci-dessus apparaîtront dans le MDS, s'il est complètement rempli. Cependant, d'autres informations devraient être recherchées si l'incontinence persiste. L'identification et le traitement de ces facteurs non seulement amélioreront souvent la continence, mais pourront prévenir une détérioration ultérieure, telle l'immobilisation. Toutefois, il n'est pas certain, en l'état actuel des connaissances, que l'identification et le traitement de ces facteurs soient bénéfiques au résident qui présente conjointement les signes suivants : pas de capacité de se souvenir, assistance importante ou dépendance totale pour les transferts et absence de douleur associée.

DOULEUR

Une douleur de la vessie ou liée à l'émission d'urine, représente un symptôme rare et nettement anormal chez un patient incontinent et relève souvent d'un autre processus pathologique qui peut être traité. Le recours à une évaluation de la situation par un médecin s'impose.

ÉMISSION D'URINE EXCESSIVE OU INADÉQUATE

Une production journalière d'une urine très concentrée inférieure à 1 litre peut aggraver l'incontinence. Une production de plus de 1,5 litre peut dépasser la capacité vésicale. Dans ce dernier cas, l'origine de cette production élevée doit être identifiée avant de réduire l'apport de liquides (par exemple, diabète, hypercalcémie, ingestion excessive de liquides).

- **La quantité d'urine produite devrait être mesurée pendant un ou deux jours. Ce qui peut être fait en conservant les urines ou, si le patient est très incontinent, en posant temporairement une sonde.**

VAGINITE ATROPHIQUE

Causée par le taux réduit d'œstrogène, cette affection est à l'origine ou contribue à l'incontinence chez de nombreuses femmes.

- **Examinez le vagin pour mettre en évidence une déficience en œstrogènes.**

Au mieux, un examen gynécologique permet de repérer les signes de vaginite atrophique. Si la personne est handicapée ou qu'un équipement approprié n'est pas disponible, un examen peut être fait dans le lit en écartant les lèvres pour rechercher la rougeur, la sécheresse, des micro-hémorragies ou des saignements des muqueuses.

- **La douleur ou l'irritation au moment de l'insertion de la sonde est un autre signe de cette affection (un sondage peut être inconfortable, mais ne devrait pas être douloureux).**
- **Une vaginite atrophique peut être traitée par une faible dose d'œstrogènes oraux. Les contre-indications de cette thérapie hormonale incluent une histoire de cancer du sein ou de l'endomètre.**

AFFECTIONS GRAVES CAUSANT OU ACCOMPAGNANT L'INCONTINENCE

Un médecin peut identifier des problèmes de santé mettant potentiellement la vie en danger, qui causent ou accompagnent l'incontinence. Il s'agit du cancer de la vessie, des calculs vésicaux, du cancer de la prostate, de lésions de la moelle épinière ou du cerveau (tels que discopathies ou métastases tumorales), de compliance vésicale diminuée et de tabès.

- **Un cancer de la vessie ou des calculs doivent être suspectés en présence de sang dans l'urine (même en quantité microscopique) sans évidence d'infection urinaire. La recherche d'un cancer se fait en pratiquant un examen cytologique sur la première urine du matin pendant 2 ou 3 jours. Les résidents les plus sujets au cancer de la vessie sont les hommes, les fumeurs, ceux qui ont une douleur ou une gêne sus-pubienne, ceux dont l'anamnèse mentionne qu'ils ont été exposés pendant leur vie professionnelle à certains colorants ou ceux qui souffrent d'une incontinence récente de type « miction impérieuse ». Le médecin décidera des résidents à investiguer ou à référer à un urologue.**
- **Un cancer de la prostate peut être suspecté par un examen rectal.**
- **Les maladies de la moelle épinière seront détectées par un examen neurologique.**
- **Une compliance vésicale diminuée peut entraîner une atteinte rénale et devrait être suspectée chez les résidents dont l'anamnèse le suggère (radiothérapie pelvienne, résection abdominale ou pelvienne, hystérectomie ou prostatectomie totales, atteinte de la moelle épinière).**
- **Une autre cause d'incontinence est le tabès (stade avancé de la syphilis), qui se traite par les antibiotiques.**

RÉSULTATS DE LABORATOIRE ANORMAUX

Certaines causes d'incontinence ne peuvent être détectées que par des examens de laboratoire. Celles-ci incluent une hypercalcémie, une hyperglycémie ou un déficit en vitamine B12. Il est aussi important de vérifier l'azotémie et la créatinémie puisque certaines causes d'incontinence peuvent aussi endommager les reins. Tous ces tests devraient avoir été pratiqués dans les 60 derniers jours, sauf pour la vitamine B12, qui devrait avoir été vérifiée dans les trois dernières années.

***NdT :* il nous paraît important de rappeler ici que les GAD sont des soutiens à l'examen de la situation du résident et à la préparation des décisions pour les interventions à mettre en place. Les GAD présentent une série de suggestions à envisager, des propositions et, *en aucun cas*, des directives à appliquer de façon obligatoire. Ils ont été rédigés par des spécialistes des domaines concernés. Ceci est particulièrement indispensable à garder en mémoire dans le cas de l'analyse de domaine comme l'incontinence où les usages et pratiques de diagnostic et de soins varient beaucoup selon les types d'institution et les équipes. Même s'ils ne correspondent pas à vos conditions d'activité, considérez les paragraphes suivants comme des exemples d'interventions, provenant de la pratique d'équipes soignantes réelles.**

C. Évaluation finale si l'incontinence subsiste

Quand les causes facilement traitables de l'incontinence développées ci-dessus ont été éliminées et que les problèmes sous-jacents plus graves ont été investigués, terminez avec l'évaluation des quatre causes d'incontinence dues à des anomalies de la vessie elle-même. Les paragraphes suivants décrivent d'abord ces anomalies, puis les tests pour détecter leur présence. Il existe plusieurs options en ce qui concerne le traitement de chaque type d'incontinence et un plan de soins approprié à chaque résident. Dans chaque cas, le traitement sera ajusté aux besoins et aux caractéristiques d'un résident dément, immobilisé, etc. Notamment, on a montré que la rééducation vésicale et les médicaments ont permis une amélioration significative de l'incontinence, même chez des résidents déments.

Exceptions. Bien que des résidents déments aient paru bénéficier d'une thérapie ciblée, certains patients ont une probabilité moindre d'amélioration. C'est pourquoi, si le résident n'a pas la capacité de se souvenir ou requiert une assistance importante ou totale, et que les possibilités de l'établissement à mener le résident aux toilettes selon un plan déterminé sont limitées, ce résident peut ne pas tirer bénéfice de cette partie de l'évaluation et devra être soigné par le changement fréquent des protections et de position, ou la pose d'un cathéter externe (condom). Les indications pour la pose d'une sonde à demeure sont les suivantes : le résident est dans le coma ou dans la phase terminale de sa maladie, il souffre d'escarres au stade 3 ou 4 dans la région affectée par l'incontinence, il présente un obstacle urétral incurable, nécessite un bilan urinaire précis, l'anamnèse montre qu'il a été incapable de vider sa vessie lors du précédent retrait de sa sonde ou il est para/tétraplégique et n'a pas supporté un précédent essai de retrait de sonde.

Les anomalies de la vessie peuvent être comprises ainsi :

- soit la vessie se contracte quand elle ne le devrait pas (vessie non inhibée), mouillant soudainement le patient (incontinence par miction impérieuse) ;
- soit la vessie n'arrive pas à se contracter quand elle le devrait (vessie atone ou hypo-active), de telle sorte que l'urine s'accumule et déborde (incontinence par regorgement).

Quant à l'urètre, par lequel la vessie se vide, il peut :

- soit être bloqué par une obstruction (par exemple, une hypertrophie de la prostate) ;
- soit être incapable de bien se fermer (incontinence d'effort).

En faisant un test d'effort (p. 253) et en mesurant la quantité d'urine qui demeure dans la vessie après la miction (résidu post-mictionnel), les situations suivantes peuvent être distinguées : la vessie non-inhibée contient en général peu d'urine résiduelle (moins de 100 ml) et le test d'effort est négatif, alors qu'une vessie atone contient un résidu beaucoup plus grand (par exemple, plus de 400 ml). Les femmes présentant une incontinence d'effort (rare chez les hommes) ont en général moins de 100 ml d'urine résiduelle et un test d'effort positif. Les hommes ayant un obstacle urétral (rare chez les femmes) ont en général plus de 100 ml d'urine résiduelle et un test d'effort négatif.

RÉSIDU POST-MICTIONNEL

Ce résidu est la quantité d'urine qui reste dans la vessie après une miction. Des recherches ont montré que beaucoup de personnes âgées conservent une grande quantité d'urine dans la vessie après une miction, même si elles n'en présentent aucun signe. Elles ne ressentent ni pesanteur, ni gêne ; elles ont un débit urinaire normal et ne semblent pas avoir une vessie agrandie à la palpation ou à la percussion.

De plus, chez l'homme, un résidu élevé peut révéler une diversité de problèmes et, pour les deux sexes, la connaissance du résidu peut guider le choix du traitement médicamenteux. C'est pourquoi, cet examen devrait être fait à tous les patients arrivés à ce stade de l'évaluation. Généralement, une prescription médicale est requise. Si le médecin choisit de s'opposer à cet examen, ses raisons devraient être consignées dans le dossier.

- **Quand le résident en ressent le besoin, il devrait pouvoir uriner le plus rapidement possible dans une chaise percée, un bassin, un urinal ou des toilettes équipées d'un dispositif pour recueillir les urines. Mesurez le volume éliminé. Dans les 15 minutes qui suivent introduisez une sonde, dans des conditions stériles, pour mesurer le volume résiduel. En y additionnant le volume évacué auparavant, vous obtenez le volume vésical total.**

Une attention particulière pour les points suivants garantit que le test est pratiqué correctement. En premier lieu, si le résident est incapable d'uriner volontairement, faites le test après un épisode d'incontinence. Deuxièmement, après avoir laissé couler l'urine, exercez une pression légère avec la main sur l'abdomen, afin d'augmenter le drainage. Lorsque l'urine a fini de couler, retirez lentement la sonde tout en maintenant votre pression sur le bas de l'abdomen. Si possible, faites asseoir le résident au moment de retirer la sonde. Dans des conditions stériles, le risque d'infection est de moins de 3 %. Les résidents souffrant d'une maladie cardiaque valvulaire et qui, par exemple, reçoivent à titre préventif un traitement antibiotique avant une intervention dentaire devraient probablement recevoir aussi une dose d'antibiotiques avant la mesure du résidu post-mictionnel.

ÉCHOGRAPHIE RÉNALE POUR LES HOMMES QUI ONT UN RÉSIDU POST-MICTIONNEL DE PLUS DE 100 ML

- **Cet examen est indiqué pour les hommes au résidu post-mictionnel de plus de 100 ml afin d'exclure la présence d'une hydronéphrose (impossibilité du drainage de l'urine à partir des reins) qui pourrait être due à une obstruction au niveau de la vessie et pourrait entraîner des dommages rénaux évitables.**

Ce test ne comporte pas de risque (comparé au risque de l'injection d'un produit de contraste lors d'une urographie). La mise en évidence d'un reflux d'urine vers les reins suggère fortement la nécessité d'une consultation urologique. En l'absence d'une telle consultation, le résident aura besoin d'une sonde vésicale à long terme.

TEST D'EFFORT POUR LES FEMMES

- **Test d'effort de la vessie. Quand la résidente a la vessie relativement pleine, mais ne ressent pas de besoin urgent, demandez-lui de se lever ou maintenez-la aussi droite que possible, demandez-lui de se relaxer et de faire l'effort de tousser vigoureusement ou de pousser comme pour aller à selle. Le test est positif s'il y a perte d'urine immédiate et égale en volume à l'incontinence habituelle. Le test est négatif s'il y a délai de plus de 5 secondes, s'il n'y a pas de perte ou juste quelques gouttes, ou lorsque le volume ou les circonstances sont différentes des pertes habituelles. Mesurez le volume éliminé, ajoutez-y le volume résiduel comme décrit ci-dessus (autrement dit, calculez le volume vésical total).**

- **Répétition du test d'effort. Si ce test est négatif ET que le volume vésical total est inférieur à 200 ml, un nouveau test est nécessaire pour vérification. Introduisez stérilement une sonde dans la vessie (de préférence profitez de la présence de la sonde utilisée pour la mesure du volume résiduel post-mictionnel) et remplissez-la avec au moins 200 ml d'eau stérile, si possible. Retirez la sonde, faites se lever la patiente (si possible) et répétez le test d'effort comme décrit ci-dessus.**

D. Évaluation finale pour les résidents porteurs de sonde à demeure

Quand le résident porteur d'une sonde à demeure a été traité pour infection et pour toutes les autres raisons citées ci-dessus, on peut retirer la sonde puis faire un test de miction, à moins que le résident ne soit atteint d'une maladie en phase terminale, qu'il ait des escarres au stade 3 ou 4, ou une obstruction des voies urinaires incurable. Cet essai peut révéler qu'après tout, la sonde urinaire n'est pas nécessaire.

Exceptions. Le résident est dans le coma ou atteint d'une maladie terminale, a des escarres au stade 3 ou 4 dans une zone affectée par l'incontinence, a une obstruction irréversible des voies urinaires, un état qui nécessite la mesure exacte du volume d'urine émis, une anamnèse mentionnant le fait qu'il a été incapable de vider sa vessie lors d'un précédent essai de retrait de la sonde, ou qu'il est para/tétraplégique et qu'on n'a pas réussi à supprimer la sonde lors d'un précédent essai.

- **Si c'est approprié, procédez à un test de miction.**

1. Avant de retirer la sonde, mesurez le volume d'urine toutes les 6 heures pendant un ou deux jours. Utilisez ces informations pour planifier le retrait de la sonde de telle manière que la production d'urine ne dépasse pas 800 ml pendant la durée du test.
2. Retirez la sonde et observez. Par exemple, si le résident produit en général 500 ml pendant une période déterminée de la journée, retirez la sonde au début de cette période et observez : si le résident n'a pas eu de miction à la fin de cette période, attendez que le volume augmente, mais pas au-delà de 800 ml.
3. Si le résident est capable d'avoir une miction, vérifiez le volume résiduel selon les instructions de la section C ci-dessus.

   - **Si le volume résiduel dépasse 400 ml, replacez une sonde vésicale en permanence ou jusqu'à ce que le résident puisse être vu par un urologue.**
   - **Si le résidu se situe entre 100 et 400 ml, observez soigneusement le résident. En effet, une rétention urinaire pourrait se réinstaller en l'espace de quelques jours ou quelques semaines. Sinon, recherchez la présence d'une incontinence : si c'est le cas, reprenez la section C ci-dessus.**
   - **Si le résidu est inférieur à 100 ml, recherchez la présence d'une incontinence : si c'est le cas, reprenez la section C ci-dessus.**

4. Si le résident n'a pas eu de miction dans le temps prévu pour un volume de 800 ml et qu'il ne ressent aucune sensation de remplissage vésical ou n'urine pas, replacez une sonde et mesurez le volume. Les résidents qui ne réussissent pas ce test de miction seront soit adressés à un urologue, soit repourvus d'une sonde vésicale à demeure.
5. Si le résident n'est pas capable de se souvenir, ni de se déplacer seul (transfert lit/fauteuil), et que son incontinence est rebelle à toutes les thérapies pendant plus de deux semaines après le retrait de la sonde, une sonde peut être replacée, si l'équipe le juge adéquat.

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Un plan de soins de l'incontinence est suggéré en présence d'un ou plusieurs des éléments suivants : • Incontinent 2 fois par semaine ou plus **[H1b = 2, 3 ou 4]** • Utilisation d'un système de recueil externe (condom) **[H3c = coché]** • Utilisation d'une sonde vésicale à demeure **[H3d = coché]** • Sondages occasionnels **[H3e = coché]** • Utilisation de protections **[H3g = coché]**	***Problèmes potentiellement réversibles devant être passés en revue pour l'évaluation de l'incontinence ou l'opportunité d'une sonde à demeure :*** • **Problèmes :** État confusionnel aigu (*delirium*) **[B5],** fécalome **[H2d],** dépression **[I1ee]**, infection des voies urinaires **[I2j]**, œdèmes **[J1g],** immobilité, locomotion **[G1c, d, e ou f = 4 ou 8]**. • **Environnement :** absence d'accès aux toilettes, obstacles **[observation]**, moyens de contention **[P4]**. • **Diagnostics :** diabète **[I1a],** insuffisance cardiaque **[I1f]**, AVC **[I1t]**, Parkinson **[I1y]**. • ***Médicaments :*** diurétiques **[O4e]**, antiparkinsoniens, disopyramides, antispasmodiques, antihistaminiques, médicaments qui stimulent ou inhibent le système nerveux sympathique, antagonistes du calcium, stupéfiants **[voir dossier]**. • **Médicaments psychotropes :** neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs, hypnotiques **[O4a, b, c, d]** ***Autres facteurs potentiels menant à l'incontinence ou à l'utilisation d'une sonde :*** • **Affections :** douleur **[J2]**, débit urinaire excessif ou inadéquat, vaginite atrophique, affections sévères causales ou associées : tumeur de la vessie, de la prostate, du cerveau ou de la moelle épinière, tabès, diminution de la compliance vésicale **[voir dossier ou examen]**. • **Résultats de laboratoire anormaux :** hypercalcémie, hyperglycémie, déficit en vitamine B12, azotémie uréique et créatinémie élevées **[P9 ; voir dossier]**. ***Évaluation finale si l'incontinence persiste :*** • **Tests spécifiques :** Résidu post-mictionnel, test d'effort pour les femmes, recherche de reflux vésical-urétéral (échographie des reins) pour les hommes qui ont un résidu post-mictionnel supérieur à 100 ml. ***Note** : ces tests ne sont pas indiqués en cas d'état comateux [B1] ou quand sont associées troubles mnésiques [B3e] ET dépendance pour les transferts, locomotion [G1b, c, d, e ou f].* ***Évaluation finale pour les résidents porteurs d'une sonde à demeure :*** En présence d'une sonde à demeure **[H3d]**, faites un test de miction, à moins qu'il n'existe une obstruction incurable des voies urinaires **[I3],** une maladie en phase terminale **[J5c]**, des escarres au stade 3 ou 4 **[M2a]**.

GAD 7

Bien-être psychosocial

1. Problème

Le bien-être fait référence aux sentiments éprouvés envers soi-même et dans les relations aux autres. Ces sentiments comprennent des éléments positifs, le sens de l'initiative, l'investissement dans l'existence et des éléments négatifs du fait de relations insatisfaisantes et de problèmes liés à la perte de statut. Aux États-Unis, environ 30 % des résidents d'un établissement de soins auront des problèmes dans ce domaine et deux tiers de ceux-ci auront simultanément des problèmes d'humeur et/ou de comportement. Quand de tels problèmes coexistent, le traitement initial est souvent orienté vers les troubles de l'humeur et du comportement. Le traitement de la souffrance psychosociale dépend de la réponse à ce traitement préalable.

2. Signaux d'alarme

Un problème de bien-être psychosocial ou le maintien des points forts, des atouts, des ressources du résident est suggéré si au moins un des éléments suivants est présent :

• **Perte d'intérêt pour les soins ou les activités (*problème*)** [(a)]	**[E1o = 1 ou 2]**
• **Conflit avec le personnel (*problème*)**	**[F2a = coché]**
• **Mécontent de ses voisins de chambre (*problème*)**	**[F2b = coché]**
• **Mécontent des autres résidents *(problème*)**	**[F2c = coché]**
• **Conflit avec sa famille/ses amis (*problème*)**	**[F2d = coché]**
• **Souffrance en rapport avec perte de statut/rôle (*problème*)**	**[F3b = coché]**
• **La routine quotidienne est très différente de l'organisation de sa vie ordinaire antérieure *(problème)***	**[F3c = coché]**
• **Détermine ses propres objectifs (*ressource*)**	**[F1d = coché]**
• **Forte identification avec le passé (*ressource*)**	**[F3a = coché]**

(a). Cet item renvoie aussi au GAD Troubles de l'humeur.

3. Recommandations

Revoir la série des rubriques citées par les « Clés de lecture » (p. 258).

Problèmes concomitants

Souvent un traitement de l'humeur ou du comportement améliore très rapidement le bien-être du résident.

- **Le résident présente-t-il une tristesse croissante ou persistante ?**
- **Le résident présente-t-il un comportement problématique quotidiennement ou à une fréquence croissante ?**

- **Les troubles de l'humeur et du comportement sont-ils apparus avant la perte du sentiment de bien-être ?**
- **L'état du résident s'est-il détérioré depuis la dernière évaluation ?**
- **Les traitements en cours ont-ils été efficaces ?**

Facteurs externes pouvant altérer ses relations avec les autres

Repérez les problèmes liés à l'environnement ou à l'entourage susceptibles d'affecter la façon dont le résident entretient des relations avec les autres.

- **Des relations sociales importantes ont-elles été perturbées/rompues (par exemple, perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un soignant) ?**
- **Des changements d'environnement ont-ils perturbé les possibilités du résident d'entrer en relation avec les autres ou de participer aux activités quotidiennes (par exemple, changement de chambre, utilisation de moyens de contention, changement de table pour les repas) ?**

Caractéristiques du résident pouvant altérer ses relations avec les autres

Ceci concerne les situations dans lesquelles le résident n'arrive pas à établir librement des relations sociales satisfaisantes. Ces éléments constituent des obstacles importants aux relations avec les autres. Ils mettent en lumière des domaines où l'intervention de l'équipe peut être déterminante.

- **Un déficit cognitif, un manque de communication ou d'intérêt pour les activités altèrent-ils les relations avec les autres ?**
- **Le résident exprime-t-il une difficulté (un mal-être) dans les relations sociales ?**

Questions concernant le style de vie

Les résidents peuvent s'isoler et souffrir parce qu'ils ont l'impression que leur vie n'a plus de sens.

- **La vie était-elle plus satisfaisante avant l'entrée dans l'institution ?**
- **Le résident est-il préoccupé par le passé, au point de ne plus du tout s'intéresser aux exigences du présent ?**
- **L'établissement facilite-t-il un emploi du temps proche de celui de la vie passée du résident ?**

Informations complémentaires permettant de préciser la nature du problème

Vous trouverez ci-dessous des questions supplémentaires qui peuvent vous aider à préciser la nature du problème des résidents pour lesquels un « plan de mieux-être » est envisagé. Ces questions couvrent des thèmes permettant d'établir une relation de confiance avec le résident. Chacune comprend les pôles positif et négatif des domaines où une intervention pertinente du personnel est possible. Pour chaque problème repéré chez le résident, posez-vous les questions suivantes :

- **Comment l'équipe et le résident évaluent-ils la gravité du problème ?**
- **Le résident a-t-il montré durant son séjour des ressources individuelles dans le domaine concerné ?**
- **Des stratégies correctrices sont-elles actuellement utilisées ? Ont-elles été utilisées dans le passé ? avec quel résultat ?**
- **Une amélioration est-elle possible dans ce domaine ?**

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Un problème de bien-être ou la nécessité de maintenir les ressources psychosociales sont évoqués par la présence d'un ou plusieurs des éléments suivants :	***Problèmes concomitants :***
• Perte d'intérêt pour les activités (*problème*) [(a)] **[E1o = 1 ou 2]**	• Tristesse persistante ou s'aggravant **[E2, E3]** • Comportement dérangeant quotidien ou s'aggravant **[E4, E5]** • L'état du résident s'est détérioré depuis la dernière évaluation **[Q2]**
• Conflit avec le personnel (p*roblème*) **[F2a = coché]**	***Facteurs externes pouvant altérer les relations avec les autres :***
• Mécontent de ses voisins de chambre (*problème*) **[F2b = coché]**	• Perte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un membre de l'équipe proche du résident **[F2f ; voir dossier]** • Première utilisation de moyens de contention **[P4]**
• Mécontent des autres résidents (*problème*) **[F2c = coché]**	Nouvelle admission **[AB1, A4a],** changement de chambre **[A2]**, changement de table ou de voisins de table **[voir dossier]**
• Conflit avec sa famille/ses amis (*problème*) **[F2d = coché]**	***Caractéristiques du résident pouvant altérer ses relations avec les autres :***
• Souffrance en rapport avec perte de statut/rôles (*problème*) **[F3b = coché]**	• État confusionnel aigu, altération des capacités cognitives **[B5, B6]** • Atteinte/déclin de la capacité à communiquer **[C4, C5, C6 ou C7]** • Mal à l'aise dans les contacts avec autrui **[F1a]**
• Routine quotidienne très différente de l'organisation de la vie antérieure *(problème)* **[F3c = coché]**	• Problèmes de déplacement ou liés à l'utilisation d'un fauteuil roulant **[G1c à G1f, G5b, G5c ou G5d]** • Maladie affectant la communication : retard du développement mental **[AB10],** Alzheimer **[I1q]**, aphasie **[I1r],** autre démence **[I1u]**, dépression **[I1ee]**.
• Détermine ses propres objectifs (*ressource*) **[F1d = coché]**	• Pas de participation aux activités **[N2, N4]**
• Forte identification avec le passé (*ressource)* **[F3a = coché]**	***Questions de style de vie :***
	• Distance entre la vie actuelle et les habitudes antérieures **[AC, F3c]** • Forte identification aux rôles antérieurs **[F3a]** • Date d'apparition du problème **[voir dossier]**
	Informations complémentaires *(consultez si nécessaire le résident ou sa famille) :*
	• ***Capacité d'entrer en relation avec les autres*** – Contacts aisés/difficiles – Se rapproche/se distancie d'autrui – Aimable/cassant – Sens de l'humour/se sent ridiculisé par autrui
	• ***Capacité d'entretenir des relations*** – Entouré/isolé – Beaucoup d'amis/pas d'amis
	• ***Face au malheur*** – Affronte le chagrin/amer et inconsolable – Foi religieuse/sentiments de culpabilité

(a). Cet item renvoie aussi au GAD État de l'humeur.

GAD 8

Troubles de l'humeur

1. Problème

Aux États-Unis, 15 % environ des résidents hébergés dans un établissement de soins présentent une dépression majeure et environ 30 % des manifestations symptomatiques d'un trouble de l'humeur, dont les signes s'expriment sous forme de tristesse, sentiment de vide, anxiété ou malaise. Ces signes peuvent aussi se manifester par une grande variété de plaintes physiques et de dysfonctionnements, tels que perte de poids, pleurs, agitation ou douleurs et maux divers.

En France, selon l'enquête PAVIN, 32 % des résidents en établissement présentent un niveau élevé de symptomatologie dépressive.

2. Signaux d'alarme

Un trouble de l'humeur est à évoquer si l'un au moins des problèmes suivants est présent :

• Expressions négatives	**[E1a = 1 ou 2]**
• Questions répétitives	**[E1b = 1 ou 2]**
• Expressions répétitives	**[E1c = 1 ou 2]**
• Perpétuelle colère envers soi-même ou les autres	**[E1d = 1 ou 2]**
• Dépréciation de soi	**[E1e = 1 ou 2]**
• Expressions de peurs qui semblent non fondées	**[E1f = 1 ou 2]**
• Pensées morbides répétées	**[E1g = 1 ou 2]**
• Plaintes répétées au sujet de sa santé	**[E1h = 1 ou 2]**
• Plaintes angoissées répétées	**[E1i = 1 ou 2]**
• Est de mauvaise humeur le matin	**[E1j = 1 ou 2]**
• Insomnie, perturbation du cycle du sommeil	**[E1k = 1 ou 2]**
• Visage exprimant la tristesse, la douleur, l'inquiétude	**[E1l = 1 ou 2]**
• Larmes et pleurs fréquents	**[E1m = 1 ou 2]**
• Mouvements physiques répétitifs [(a)]	**[E1n = 1 ou 2]**
• Abandon d'activités jusqu'ici appréciées [(b)]	**[E1o = 1 ou 2]**
• Réduction des relations avec autrui	**[E1p = 1 ou 2]**
• Persistance de l'humeur durant les 7 derniers jours	**[E2 = 1 ou 2]**

(a). Ce code renvoie aussi au GAD Utilisation de psychotropes, quand il y a utilisation de ces médicaments.
(b). Ce code renvoie aussi au GAD Bien-être psychosocial.

3. Recommandations

Dans les situations particulières décrites ici, il sera peut-être nécessaire d'élaborer une nouvelle stratégie de soins ou de modifier la stratégie existante. Mais la liste n'en est pas exhaustive. Il existe également d'autres

situations dans lesquelles l'équipe peut décider de modifier le plan de soins : des effets indésirables liés à des médicaments en représentent un exemple évident (se reporter au GAD Utilisation de psychotropes, p. 299). Les seuls résidents dont le trouble de l'humeur n'exige pas une révision du plan de soins sont ceux qui ont un comportement stable et ne présentent pas de troubles associés.

Vous trouverez la récapitulation des items du MDS liés aux questions et problèmes ci-dessous dans les « Clés de lecture » à la fin de ce GAD (p. 262).

Une révision du plan de soins est recommandée dans les circonstances suivantes :

Indicateurs de la nécessité de modifier ou de mettre en place un nouveau plan de soins

L'HUMEUR S'EST-ELLE RÉCEMMENT DÉTÉRIORÉE OU LES PROBLÈMES SE SONT-ILS AGGRAVÉS ?

- **Les troubles de l'humeur existaient-ils 6 mois auparavant ?**
- **Le résident a-t-il présenté des épisodes cycliques d'altération et d'amélioration de l'humeur ?**
- **Existe-t-il une diminution de l'appétit associée à une perte de poids ?**
- **L'intérêt dans les activités a-t-il décliné, alors que le résident serait physiquement apte à les pratiquer ?**

ABSENCE D'AMÉLIORATION DE L'HUMEUR ET PRÉSENCE DE CAUSES POTENTIELLEMENT RÉVERSIBLES

À la suite d'un épisode d'état confusionnel aigu (altération fluctuante de la conscience), des difficultés relationnelles et/ou de communication altèrent souvent l'humeur du résident. Seule, la prise en compte de ces situations permet une réelle compréhension du problème.

Tenez compte de l'existence possible de facteurs associés tels que :

- **État confusionnel aigu *(delirium)*.**
- **Changements récents dans la vie du résident (par exemple, mort d'un enfant, transfert dans un environnement nouveau, séparation d'avec des êtres chers, perte de capacités fonctionnelles ou modification de l'image corporelle).**
- **La nature et l'intensité des problèmes relationnels et/ou comportementaux.**

Un déclin des AVQ peut à la fois être cause *et* conséquence d'une perturbation de l'humeur. Revoir l'ordre d'apparition de l'altération des AVQ et des troubles de l'humeur peut être instructif. Dans tous les cas, lorsque l'état thymique semble altérer le fonctionnement dans les AVQ, une stratégie efficace impliquera de modifier l'environnement physique, de fractionner les AVQ en une série de tâches plus facilement réalisables et de recourir à des encouragements et à des rappels verbaux.

- **Reportez-vous au dossier pour déterminer s'il y a une apparition ou une aggravation soudaine des troubles cognitifs ou de la communication après la mise en route d'un traitement (par exemple, médicaments nouveaux).**
- **Cherchez à déterminer si le résident reçoit l'un des médicaments connus comme pouvant modifier l'humeur tels que psychotropes, anti-hypertenseurs, cimétidine, clonidine, agents cyto-toxiques, digitaliques, immunosuppresseurs, methyldopa, dérivés nitrés, propranolol, les stéroïdes, les psychostimulants, les sédatifs.**

ABSENCE D'AMÉLIORATION DE L'HUMEUR ET AUTRES SITUATIONS À PRENDRE EN COMPTE

Un résident triste et passif peut passer inaperçu et être négligé. On peut à tort supposer qu'il n'a pas de problème de l'humeur.

- **Le résident manifeste-t-il peu ou pas d'initiative ?**
- **Reste-t-il seul dans son coin ?**
- **L'humeur triste est-elle persistante ?**

L'ALTÉRATION DE L'HUMEUR RÉPOND-ELLE AU TRAITEMENT (PAR EXEMPLE, À L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS) ?

- **Le trouble de l'humeur a-t-il persisté durant les 90 derniers jours ou y a-t-il eu amélioration avec un traitement ?**
- **Y a-t-il eu alternance de détérioration et d'amélioration ?**
- **Le résident reçoit-il des médicaments et/ou une thérapie psychosociale ?**

Problèmes concomitants

EXISTE-T-IL DES INDICES DE PROBLÈMES NOUVEAUX OU AGGRAVÉS LIÉS À DES AFFECTIONS SUSCEPTIBLES D'ALTÉRER L'HUMEUR ?

Ces affections comprennent notamment : maladie d'Alzheimer, cancer, troubles cardiaques, métabolique ou endocrinien (par exemple, hypercalcémie, syndrome de Cushing, syndrome addisonien, hypoglycémie, hypokaliémie, porphyrie), syndrome parkinsonien, accident vasculaire, autre affection neurologique ou dysfonctionnement thyroïdien.

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Un trouble de l'humeur est à évoquer en présence d'un ou plusieurs des éléments suivants :	***Indicateurs de la nécessité d'envisager une stratégie de soins nouvelle ou modifiée :***
• Expressions négatives **[E1a = 1 ou 2]**	• Déclin de l'humeur **[E3]**
• Questions répétitives **[E1b = 1 ou 2]**	• Non-amélioration de l'humeur **[E3] ET** présence d'un trouble réversible : – récent déménagement vers ou à l'intérieur de l'établissement **[AB1, voir dossier]** – état confusionnel aigu (*delirium*) **[B5],** déclin cognitif **[B6]** ; délire **[J1e],** hallucinations **[J1i]** – déclin dans la communication **[C7]** – perte d'un proche **[F2f]** – déclin dans les AVQ **[G9]** – consommation de médicaments connus comme pouvant modifier l'humeur (p. ex. : anti-hypertenseurs, cimétidine, clonidine, agents cyto-toxiques, digitaliques, immunosuppresseurs, methyldopa, dérivés nitrés, propanolol, réserpine, stéroïdes, stimulants) **[voir dossier]**
• Expressions répétitives **[E1c = 1 ou 2]**	
• Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres **[E1d = 1 ou 2]**	
• Dépréciation de soi **[E1e = 1 ou 2]**	
• Expressions de peurs qui semblent infondées **[E1f = 1 ou 2]**	
• Pensées morbides répétées **[E1g = 1 ou 2]**	
• Plaintes répétées au sujet de sa santé **[E1h = 1 ou 2]**	
• Plaintes angoissées répétées **[E1i = 1 ou 2]**	
• Est de mauvaise humeur le matin **[E1j = 1 ou 2]**	• Pas d'amélioration de l'humeur **[E3] ET** perturbation des capacités cognitives ou mnésiques, des capacités à décider ou à comprendre **[B2, B4, C6] ET L'UN QUELCONQUE** des éléments suivants **:** – manque ou diminution de l'initiative **[F1]** – absence ou réduction d'implication dans les activités **[N2]** – absence de médicaments psychotropes **[O4a, b ou c]** – absence de psychothérapie **[P1be]**
• Insomnie, perturbation du cycle du sommeil **[E1k = 1 ou 2]**	
• Visage exprimant la tristesse, la douleur, l'inquiétude **[E1l = 1 ou 2]**	
• Larmes et pleurs fréquents **[E1m = 1 ou 2]**	
• Mouvements physiques répétitifs [a] **[E1n = 1 ou 2]**	
• Abandon d'activités jusqu'ici appréciées [b] **[E1o = 1 ou 2]**	• Présence de troubles relationnels et/ou comportementaux **[E4 ; F2]**
• Réduction des relations avec autrui **[E1p = 1 ou 2]**	***Problèmes concomitants***
• Persistance de l'humeur durant les 7 derniers jours **[E2 = 1 ou 2]**	• Facultés de communiquer **[C4, C5, C6]**
	• Affections : dysfonctionnement thyroïdien **[I1b, I1c]**, maladie cardiaque **[I1d à I1k]**, neurologique **[I1q à I1cc]**, anxiété **[I1dd],** dépression **[I1ee]**, affection maniaco-dépressive **[I1ff],** schizophrénie **[I1gg]**, cancer **[I1pp]**, Maladie d'Alzheimer **[I1q]**, autres psychoses **[I3]**, hypercalcémie**,** Cushing, Addison, hypoglycémie, hypokaliémie, porphyrie **[I3]**

(a). Ce code renvoie aussi au GAD Utilisation de psychotropes, quand il y a utilisation de ces médicaments.

(b). Renvoie aussi au GAD Bien-être psychosocial.

GAD 9

Problèmes de comportement

1. Problème

Aux États-Unis, on estime que 60 à 70 % des résidents d'un établissement de soins présentent des troubles émotionnels, sociaux ou comportementaux, graves chez 40 % d'entre eux (par exemple, errance, agressivité verbale ou physique et/ou autres comportements socialement inadaptés). Souvent, d'autres problèmes sont associés à ces troubles comportementaux : déficit cognitif dans 80 % des cas, problèmes relationnels ou troubles de l'humeur dans 75 % des cas. Pour la France, les chiffres portant uniquement sur les troubles du comportement (enquête PAVIN, voir annexe 6) indiquent : 48 % (pas de troubles), 37 % (troubles mineurs), 15 % (troubles majeurs).

Les troubles du comportement sont ressentis comme une source de danger et de souffrance par le résident lui-même et parfois par son entourage. Ces résidents posent des difficultés aux établissements et les médecins ne semblent pas toujours conscients qu'il existe une large gamme de moyens pour affronter et traiter ces situations. Il n'est pas rare, par conséquent, qu'on abuse de l'utilisation des moyens de contention et des médicaments psychotropes. Près de la moitié des résidents qui présentent un comportement « problématique » sont attachés et environ la moitié reçoivent des médicaments psychotropes (neuroleptiques, anxiolytiques et, plus rarement, antidépresseurs). Ces interventions ont pourtant potentiellement des effets secondaires graves et bien des soignants expriment leur malaise de n'avoir pas d'autres moyens de faire face à ces comportements. Le résultat est que l'on recherche de plus en plus des pratiques et traitements nouveaux pour répondre à ces problèmes.

2. Signaux d'alarme

Les signaux d'alarme indiqués par le MDS mettent en évidence **deux types de résidents** pour lesquels des investigations complémentaires sont proposées :

- d'une part, les résidents qui présentent des troubles du comportement tels que l'errance, l'agressivité verbale ou physique, ou des signes de comportements socialement inadaptés ;
- d'autre part, les résidents dont le comportement s'est amélioré mais sous l'effet de soins ou de traitements susceptibles de masquer ou prévenir l'extériorisation de ces troubles (par exemple, diminution de l'errance parce que le résident est attaché).

Un examen du comportement est suggéré si un ou plusieurs des éléments suivants est présent :

• **Déambulation** [(a)]	**[E4aA = 1, 2 ou 3]**
• **Agressivité verbale**	**[E4bA = 1, 2 ou 3]**
• **Agressivité physique**	**[E4cA = 1, 2 ou 3]**
• **Comportement socialement inadapté**	**[E4dA = 1, 2 ou 3]**
• **Résiste aux soins**	**[E4eA = 1, 2 ou 3]**
• **Amélioration du comportement**	**[E5 = 1]**

(a). Cet item renvoie aussi au GAD Chutes.

3. Recommandations

Les rubriques de ce GAD commencent par proposer les *moyens de distinguer les problèmes graves* de comportement de ceux pour lesquels on peut agir facilement. Elles décrivent les causes potentielles ou les facteurs intervenant dans la manifestation d'un problème dont la résolution peut faire disparaître ou diminuer ce(s) comportement(s).

Évaluer la gravité des troubles du comportement

Le premier signal d'alarme désigne les résidents qui présentent un trouble du comportement pour lequel un programme nouveau ou différent peut être envisagé. Tous les problèmes de comportement n'exigent pas une intervention massive. Certains comportements ne compromettent pas la sécurité et n'entraînent aucune souffrance, ni pour le résident, ni pour son entourage. Par exemple, bien des hallucinations ou des fausses reconnaissances sont bénignes (quand elles *ne sont pas le signe* d'une psychose ou d'un problème aigu tel qu'un état confusionnel aigu). Des résidents présentant de tels comportements peuvent être pris en charge (tolérés, recadrés, guidés) dans le cadre de l'établissement. Ainsi, déterminer si un comportement *pose problème* ou non constitue un premier pas important. Cela implique de déterminer la nature, la gravité du problème, ainsi que de ses effets.

OBSERVEZ LES MANIFESTATIONS SPÉCIFIQUES DU COMPORTEMENT AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS

- **Cherchez à déterminer l'intensité, la durée et la fréquence des problèmes de comportement au cours des 7 derniers jours. Ont-ils changé ou varié dans le temps ?**
- **Peut-on établir un schéma des manifestations du comportement à partir de l'observation faite pendant cette période (en considérant des facteurs tels que le moment de la journée, la nature de l'environnement, l'activité du résident ou de son entourage au moment où le comportement problématique s'est manifesté) ?**

IDENTIFIEZ LA STABILITÉ OU LA VARIABILITÉ DE LA NATURE DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT

Les causes des problèmes de comportement peuvent s'expliquer en observant le moment où ils se produisent. Il est possible qu'un résident manifeste une réaction violente uniquement lors de la conjonction de facteurs de stress bien particuliers (par exemple, un résident supporte très bien d'être dans un grand groupe pour chanter, mais pas pour les repas). De même, l'observation dans la durée de comportements apparemment incohérents et insensés peut révéler qu'ils sont en fait associés à certains événements (cris lorsque quelqu'un change la chaîne de la télévision au moment d'une émission favorite, déambulation au moment du besoin d'aller aux toilettes). Traiter la cause de ces comportements peut les réduire ou les éliminer.

- **Comment le comportement évolue-t-il dans le temps ? Un problème existait-il précédemment ? Précédait-il ou est-il lié à l'entrée du résident dans l'établissement ?**
- **Le résident a-t-il vécu des changements récents (par exemple, le passage dans une nouvelle unité, un changement de personnel, un changement de médicaments, la fin d'un traitement, une détérioration de l'état cognitif) ?**

DÉTERMINEZ LA MANIÈRE DONT UN PROBLÈME DE COMPORTEMENT INFLUENCE L'ÉTAT FONCTIONNEL

Comprendre qu'un comportement peut modifier les capacités fonctionnelles ou le déroulement d'un traitement (mais pas systématiquement) est utile pour évaluer la pertinence d'une intervention. Cette réflexion est importante pour s'assurer qu'on n'entreprend pas un traitement ou une intervention agressifs (par exemple, utilisation de psychotropes ou contention physique) simplement pour obtenir que le résident « ait l'air normal ».

- **Le comportement représente-t-il un danger pour le résident ? Pour les autres ? Si tel est le cas, quel est ce danger ?**
- **Les problèmes de comportement sont-ils liés à une variation dans la journée des capacités fonctionnelles ? Si oui, comment ?**
- **Le problème de comportement fait-il obstacle aux soins ?**
- **Entraîne-t-il des difficultés de relations avec autrui, perturbe-t-il le fonctionnement de l'établissement ?**

Étudier les causes potentielles des problèmes de comportement

Bien des comportements sont problématiques pour le résident ou pour l'entourage. Une bonne partie d'entre eux sont directement associés à un problème de santé aigu, une maladie neurologique ou un problème psychiatrique. D'autres proviennent de la réaction du résident à un facteur externe tel qu'un médicament psychotrope, l'utilisation de moyens de contention ou aux agressions de l'environnement (bruit, changement des habitudes, etc.). Il est capital d'identifier les différentes causes de ces manifestations. On repère ainsi des problèmes qui peuvent être résolus et par conséquent supprimer ou atténuer un problème de comportement. De plus, l'identification des différentes causes potentielles ou de leurs interrelations permet d'établir un plan de soins approprié (par exemple, la distinction entre les problèmes d'origine neurologique et un éventuel syndrome psychotique). Cette démarche sera guidée par les rubriques des « Clés de lecture » de ce GAD (p. 268) et par les autres GAD qui y sont cités.

L'INFLUENCE DE L'ÉTAT COGNITIF

La capacité de prendre des décisions est un indicateur important de l'état des facultés cognitives. Il est capital, pour résoudre un problème de comportement, de traiter d'abord, s'il y a lieu, un état confusionnel aigu (*delirium*), c'est-à-dire un problème potentiellement réversible. Consultez le GAD sur l'état confusionnel aigu (p. 218) si ce diagnostic est évoqué ou si des signes d'état confusionnel aigu sont présents.

Pour bien des résidents atteints d'une démence progressive chronique, certains comportements persisteront malgré les traitements préconisés. Dans quelques cas, ces comportements resteront pénibles. Dans bien des cas pourtant, ils pourront être atténués. Par exemple, la déambulation de nombreux résidents peut être tolérée sans utilisation de moyens de contention si l'environnement ne présente pas de dangers. De même, les comportements de résidents « difficiles » peuvent souvent être anticipés et leurs réactions exagérées atténuées. Le GAD sur les pertes cognitives et la démence (p. 224) propose des questions à se poser pour ces résidents. C'est pourquoi *il faudrait d'abord utiliser ce GAD* pour les résidents présentant un problème cognitif, avant celui concernant les problèmes de comportement.

PRÉSENCE D'INTERACTIONS ENTRE LES TROUBLES DE L'HUMEUR ET LES PROBLÈMES RELATIONNELS

Des problèmes d'humeur ou relationnels entraînent souvent des comportements perturbés. Si ces problèmes sous-jacents sont traités, le comportement peut s'améliorer.

Des problèmes d'humeur ou relationnels non résolus peuvent être à l'origine de problèmes de comportement (troubles anxieux et agitation, dépression ou isolement et comportement verbalement agressif…). Reportez-vous aux GAD Bien-être psychosocial et Troubles de l'humeur.

- **Existe-t-il un lien entre troubles de l'humeur, relationnels et de comportement ?**
- **Peut-on établir une relation de cause à effet ?**
- **Le résident ressent-il une frustration à cause du rejet de sa famille ? Si oui, cette frustration pousse-t-elle le résident à injurier le personnel ou les autres résidents ?**

DIFFICULTÉS RELATIONNELLES POUVANT AFFECTER LE COMPORTEMENT

- **La présence ou l'absence de certaines personnes change-t-elle le cours des événements ?**
- **Est-ce qu'un geste agressif n'a pas été déclenché par une fausse interprétation à propos des intentions ou des actions d'un tiers ?**
- **Le comportement perturbateur a-t-il été induit par la perte d'un être aimé, un changement dans le personnel, un transfert à l'intérieur de l'établissement ou l'apparition d'un nouveau compagnon de chambre avec lequel le résident ne peut pas communiquer ?**

ENVIRONNEMENT

Comme cela a été indiqué plus haut, l'examen du comportement du résident aux différents moments de la journée aide à en comprendre la cause. Les circonstances liées à l'environnement méritent une attention particulière parce qu'elles ont une grande influence sur le comportement.

- **Le personnel est-il suffisamment attentif ? Est-il capable de reconnaître les facteurs de stress et les signes précoces qui annoncent un problème de comportement ?**
- **Le personnel respecte-t-il les habitudes du résident ?**
- **Le comportement du résident est-il affecté par le bruit, la foule ou la pénombre ?**
- **Le résident est-il en présence d'autres résidents agressifs ?**

MALADIES, PROBLÈMES DE SANTÉ

Il arrive que l'apparition d'une maladie aiguë ou l'aggravation d'une maladie chronique s'accompagne de troubles du comportement. Souvent, l'identification de la maladie et son traitement résoudront le problème. En outre, un résident qui a des problèmes chroniques, en particulier des difficultés à exprimer ses besoins ou à comprendre les autres, verra ses problèmes de comportement résolus par l'adoption de méthodes de communication plus adéquates avec le personnel ou sa famille. Des troubles sensoriels (vision, audition) peuvent également entraîner des troubles de comportement qui seront résolus ou atténués lorsque les mesures appropriées seront prises.

- **Peut-on identifier des causes physiques apparues à la même période qu'un trouble du comportement (par exemple, douleur ou inconfort liés à l'apparition de problèmes de santé tels qu'arthrose, constipation, maux de tête) ?**

- **Peut-on associer le trouble du comportement à une maladie aiguë (par exemple, infection urinaire, autre infection, fièvre, hallucinations/délire, privation de sommeil, chute avec traumatisme physique, malnutrition, perte de poids, déshydratation, désordre électrolytique ou hypotension grave) ?**
- **Peut-on associer le trouble du comportement à une aggravation d'une maladie chronique (par exemple, insuffisance cardiaque, diabète, psychose, maladie d'Alzheimer ou autre démence, AVC ou hypoglycémie pour un diabétique) ?**
- **Quel est le rôle d'une déficience de l'audition, de la vue ou de la capacité de communiquer ou à comprendre les autres ?**

TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS EN COURS : CONSÉQUENCES POSITIVES OU NÉGATIVES

Certains traitements et certaines interventions peuvent affecter le comportement du résident. Cette influence est parfois positive, mais il arrive aussi que des problèmes existants soient exacerbés ou qu'apparaissent de nouveaux problèmes. Les deux types de conséquences doivent être considérés lorsqu'on décide de faire un plan de soins. Par exemple, examinez l'intérêt ou la participation du résident à un programme de soutien psychologique.

Cet examen sera particulièrement important pour les résidents dont le comportement s'est amélioré récemment. Pour certains d'entre eux, le maintien de tels soins sera capital pour conserver cette maîtrise du comportement nouvellement acquise. Dans d'autres cas, on pourra réduire les interventions (ou du moins essayer). D'autres fois, les effets secondaires des interventions seront si graves qu'il faudra envisager un changement. Par exemple, un traitement comprenant l'utilisation de médicaments ou de moyens de contention peut entraîner une augmentation de la confusion et de l'agitation, une diminution des performances pour les AVQ, une détérioration de l'humeur ou une dégradation générale de la qualité de vie du résident. Par contre, la fragmentation des tâches quotidiennes en petites étapes, que le résident peut comprendre et mener à bien, peut réduire le stress et prévenir un problème de comportement.

- **Le résident a-t-il été examiné par un psychiatre ou un autre professionnel de santé mentale ? Quand ?**
- **Des mesures thérapeutiques ont-elles amélioré les troubles du comportement du résident ? Sur quels signes apprécie-t-on cette amélioration ?**
- **Peut-on identifier le traitement qui a apporté cette amélioration ?**
- **Si les problèmes de comportement ont diminué, peut-on supprimer la médication ou le plan de soins comportemental ?**
- **L'apparition ou le changement de comportement est-il associé au début d'une prescription médicamenteuse ou à son changement ?**
- **L'apparition ou le changement de comportement est-il associé à l'utilisation d'un moyen de contention (par exemple, agitation croissante et colère) ?**
- **Le résident a-t-il reçu des soins dans une unité thérapeutique spéciale ?**
- **Existe-t-il un programme spécial de formation ou de soutien pour l'équipe centré sur les problèmes de traitement du comportement ? Quels sont les professionnels impliqués ? À quel rythme ont lieu les séances ?**
- **Y a-t-il eu segmentation des tâches pour augmenter le plus possible la participation du résident ?**

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Un examen du comportement est suggéré si un ou plusieurs des éléments suivants est présent :	***Passez en revue et décrivez les problèmes de comportement :***
• Déambulation [(a)] **[E4aA = 1, 2 ou 3]**	• **Évaluez la gravité, la stabilité ou les changements des problèmes de comportement.** Examinez l'intensité, la durée, la fréquence et éventuellement le modèle de comportement, son évolution et son influence sur le résident et sur les autres **[E4aB, E4bB, E4cB, E4dB, E4eB, voir dossier]**
• Agressivité verbale **[E4bA = 1, 2 ou 3]**	
• Agressivité physique **[E4cA = 1, 2 ou 3]**	***Examinez les causes possibles sur lesquelles on peut agir :***
• Comportement socialement inadapté **[E4dA = 1, 2 ou 3]**	• **Problèmes liés à l'état cognitif.** État confusionnel aigu **[B5]**, Alzheimer **[I1q]** ou autre démence **[I1u]**, suites d'AVC **[C4, C5, C6 ; G5, G6 ; I1r, I1t]**.
• Résiste aux soins **[E4eA = 1, 2 ou 3]**	• **Problèmes liés à l'humeur et/ou à des troubles relationnels :** humeur triste ou anxieuse **[E1]**, relations perturbées **[F2]**, diagnostic psychiatrique **[I1dd, I1ee, I1ff, I1gg]**.
• Amélioration du comportement **[E5 = 1]**	• **Problèmes liés à l'environnement.** Changements dans les habitudes du résident antérieures à son entrée dans l'établissement **[F3c]**, réponses inadéquates du personnel, situation stressante, résident agressif [**voir dossier, interroger l'équipe, le résident**].
	• **Maladies, problèmes de santé**. Apparition d'une maladie aiguë, aggravation d'une maladie chronique **[J5a, b]** et autres problèmes tels que constipation, **[H2b]**, diabète **[I1a]**, insuffisance cardiaque **[I1f]**, pneumonie **[I2e]**, septicémie **[I2g]**, infection urinaire **[I2j]** ou autre infection **[I2, I3]**, fièvre **[J1h]**, idées délirantes **[J1e]**, hallucinations **[J1i]**, douleur **[J2]**, chute avec blessure à la tête **[J4a, b ; I1cc]**.
	• **Problèmes de communication.** Difficulté à se faire comprendre **[C4]** et/ou à comprendre les autres **[C6]**.
	• **Déficits sensoriels.** Problèmes d'ouïe **[C1]**, de vue **[D1]**, limitations visuelles **[D2]**
	• **Traitements et programmes.** Neuroleptiques, anxiolytiques/hypnotiques, antidépresseurs **[O4a, b, c ou d]**, programme de maîtrise du comportement **[P2]**, utilisation de moyens de contention du tronc ou des membres, attaches au fauteuil **[P4c, d, e]**
(a). Cet item renvoie aussi au GAD Chutes.	

GAD 10

Occupations

1. Problème

Ce GAD s'adresse aux résidents qui pourraient bénéficier d'un programme d'occupation afin d'identifier ceux pour qui l'inactivité pourrait représenter une frustration importante. Les aptitudes des résidents ne sont peut-être pas totalement connues, soit parce que les résidents ont été admis récemment dans l'établissement, soit parce que le personnel s'est trop concentré sur les besoins pratiques et immédiats du résident et a perdu de vue les effets négatifs de l'environnement institutionnel.

La participation du résident à des occupations, tant passives qu'actives, est aussi importante dans un établissement qu'elle l'était à domicile. Les aptitudes de la plupart des résidents sont évidemment altérées puisque la situation, les capacités et les attentes ont changé, des maladies sont survenues. Les occasions d'activité et de relations sociales sont devenues moins fréquentes. Mais il ne faut jamais perdre de vue la grande diversité de la population résidente : de nombreuses personnes ont des déficits dans les AVQ mais peu sont totalement dépendantes. Leurs fonctions cognitives sont souvent diminuées et l'utilisation d'anciennes aptitudes ou l'apprentissage de nouvelles offre des difficultés. Leur compréhension peut être altérée mais une certaine communication dans les deux sens est pratiquement toujours possible.

Pour l'institution, la programmation d'activités est un besoin évident. Ce GAD se concentre sur les cas que le système a laissé « tomber » ou sur les résidents qui sont dans un état de détresse tel qu'une une révision du programme d'occupations s'impose. Les types de résidents que l'on cherchera à repérer sont les suivants :

1. les résidents qui souhaitent avoir davantage d'activités ;
2. les résidents en état de détresse, intacts sur le plan cognitif, qui pourraient bénéficier d'un programme d'occupations enrichi ;
3. les résidents en état de détresse, déficients sur le plan cognitif, dont le niveau d'occupation devrait être évalué ;
4. les résidents très occupés dont la santé peut être en danger parce qu'ils n'arrivent pas à « lever le pied ».

Pour différencier ces catégories de résidents, les questions générales suivantes peuvent être utiles :

- **Les occupations sont-elles proportionnelles aux capacités/incapacités physiques et intellectuelles du résident ?**
- **L'apathie du résident (perte du sens de l'initiative, absence de décision, de projets, de faire face à des défis, etc.) est-elle liée à l'absence de sollicitation de l'institution ?**
- **Quelle est la nature des défis couramment rencontrés par le résident sur les plans physique et intellectuel dans la vie quotidienne ?**
- **Dans quelles occupations le résident est-il impliqué ? Est-il habituellement un participant actif à la vie de l'unité ? Le résident est-il en retrait mais attentif à ce qui se passe autour de lui ? Ou est-il indifférent à l'entourage et aux activités qui s'y déroulent ?**
- **Y a-t-il des moyens éprouvés pour accroître sa participation consciente/active aux activités ?**

- **Est-ce que des actions simples de l'équipe peuvent favoriser l'implication du résident dans les occupations ? Par exemple, est-ce qu'une modification de l'environnement peut permettre un meilleur accès du résident à l'unité ? Est-ce que la place ou la position du résident peut être changée pour permettre un meilleur contact avec les gens, une meilleure vision ou une meilleure participation aux programmes ? Est-ce que la diminution du temps ou de l'espace nécessaire aux activités peut faciliter l'action sans supprimer le défi ? Est-ce que les relations de l'équipe avec les résidents peuvent être mieux adaptées à leurs déficits (par exemple, moins inquiétantes, moins exigeantes) ?**

2. Signaux d'alarme

Signaux d'alarme A (proposition ou modification d'un programme d'activités)

Penser à revoir le programme d'activités si un au moins des éléments suivants est présent :

• **Peu ou pas de temps consacré aux activités**	**[N2 = 2 ou 3]**
• **Le résident souhaite des changements dans le *type* d'activités auxquelles il participe actuellement**	**[N5a = 1 ou 2]**
• **Le résident souhaite des changements dans *l'intensité* de sa participation**	**[N5b = 1 ou 2]**

Signaux d'alarme B (Réexamen des activités)

Un réexamen du programme d'activités est suggéré si les deux éléments suivants sont présents :

• **Éveillé pendant la matinée tout ou la plupart du temps**	**[N1a = coché]**
• **Impliqué dans des activités la plupart du temps**	**[N2 = 0]**

3. Recommandations

La liste suivante passe en revue les facteurs qui peuvent empêcher la participation du résident aux occupations. Bien que de nombreux facteurs puissent intervenir, le rôle joué par l'âge devrait normalement pouvoir être éliminé. Si l'âge continue à être perçu comme une cause majeure de l'absence de participation, un programme de formation du personnel devrait remédier à un comportement surprotecteur.

Questions à considérer lorsqu'un programme d'activités est en place

LE RÉSIDENT EST-IL CONVENABLEMENT SOLLICITÉ, ENCOURAGÉ ?

Dans une certaine mesure, la capacité dépend des contingences de l'environnement. Quand la sollicitation n'est pas suffisante, un résident peut s'ennuyer, s'isoler, recourir à la critique, voire même devenir agressif pour échapper à l'ennui. Finalement, les capacités d'un tel résident peuvent diminuer à cause du manque de sollicitation. Au contraire, quand les capacités du résident sont insuffisantes pour répondre aux sollicitations de l'environnement, il peut réagir avec colère et agressivité.

- **Les occupations proposées correspondent-elles aux valeurs (mode de vie), attitudes et attentes du résident ?**
- **Le résident considère-t-il les occupations de loisir comme une perte de temps ? A-t-il jamais réellement appris à jouer ou à faire des choses pour le plaisir ?**
- **Les souhaits du résident et les types d'occupations antérieures sont-ils pris en compte par le personnel d'animation et le personnel soignant ?**
- **Le personnel a-t-il pensé que des occupations nécessitant moins d'énergie pouvaient intéresser le résident (par exemple, lire un livre, parler avec sa famille et ses amis, observer le monde, tricoter) ?**
- **Le résident a-t-il des déficits cognitifs ou fonctionnels qui soit réduisent ses possibilités, soit l'empêchent de participer à des occupations qui autrement l'auraient intéressé ?**

Problèmes concomitants à prendre en compte

LES FACTEURS LIÉS À LA SANTÉ QUI PEUVENT AFFECTER LA PARTICIPATION AUX OCCUPATIONS

Un débit cardiaque diminué, une maladie aiguë, une énergie réduite, une fonction respiratoire altérée… sont quelques-unes des raisons de refuser les occupations. La plupart de ces états ne frappent pas nécessairement le résident d'incapacité. Mais, trop souvent, une réduction d'activités liée à la maladie peut conduire à un déclin progressif jusqu'à l'abandon de toute occupation. Cependant ce schéma peut être modifié. De nombreuses occupations peuvent être poursuivies si elles sont adaptées et nécessitent moins d'efforts ou si le résident est aidé à s'habituer à son incapacité (amputation, paralysie, etc.), à une capacité à communiquer diminuée, à de nouveaux moyens auxiliaires (aides techniques), et ainsi de suite.

- **Le résident souffre-t-il d'un problème de santé aigu ?**
- **Le résident est-il gêné par la présence d'un appareillage lié à un problème de santé (tubes, bouteille d'oxygène, poche [Ca : sac] de colostomie, fauteuil roulant) ?**
- **Le résident s'est-il remis d'une maladie ? Sa capacité de participation aux occupations est-elle plus grande ?**
- **La maladie a-t-elle entraîné une incapacité chez le résident (troubles du langage, nécessité d'utiliser une canne, un déambulateur [Ca : marchette] ou un fauteuil roulant, usage des mains limité) ?**
- **Le type de traitement suivi par le résident lui laisse-t-il trop peu de temps ou d'énergie pour participer à ses occupations préférées ?**

Autres questions à considérer

DÉCLIN RÉCENT DE L'ÉTAT DU RÉSIDENT. CAPACITÉS COGNITIVES, COMMUNICATION, CAPACITÉS FONCTIONNELLES, HUMEUR OU COMPORTEMENT

Quand des changements pathologiques ont une incidence sur les capacités du résident, le plaisir de s'occuper diminue. On s'intéressera tout particulièrement aux changements problématiques qui peuvent être liés à l'usage de médicaments agissant sur le psychisme. Quand des résidents ou le personnel réagissent de manière excessive à de telles pertes, des stratégies compensatoires peuvent aider. Par exemple, les résidents handicapés peuvent bénéficier de l'alternance de périodes d'activité et de périodes de repos.

Une segmentation des tâches peut être envisagée ou bien l'énergie disponible des résidents sera réservée à des occupations plaisantes (utiliser les réserves habituelles de résistance pour marcher jusqu'à la pièce où l'on joue aux cartes plutôt que jusqu'à la salle de bains) ou à des occupations qui ont une signification personnelle (s'asseoir sans aide au service religieux quotidien plutôt qu'à un programme d'activités de groupe).

- **Le personnel ou le résident sont-ils surprotecteurs ? Ou ont-ils mal interprété la gravité du déclin cognitif/fonctionnel du résident ? De quelle manière ?**
- **Le résident conserve-t-il des aptitudes ou une capacité d'apprendre suffisantes pour permettre une plus grande participation à l'activité ?**
- **Le personnel sait-il comment le résident était avant son récent déclin ? Le personnel de rééducation avance-t-il un pronostic en ce qui concerne une possible récupération ou une poursuite du déclin progressif du résident ?**
- **Y a-t-il une raison valable de croire que le résident ne pourrait tolérer, ou serait en danger, si la quantité de ses occupations augmentait ? Quelles raisons peuvent justifier une opinion contraire ?**
- **Le résident conserve-t-il un désir d'apprendre ou de maîtriser une nouvelle activité précise ? Est-ce réalisable ?**
- **Y a-t-il eu un refus de participer à la majorité des activités anciennement préférées bien que celles-ci aient été proposées ?**

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Les facteurs environnementaux comprennent les changements dans l'espace du résident, dans le règlement de l'établissement, ceux qui sont dus à la saison ou à des limitations physiques qui empêchent la participation effective du résident.

- **Est-ce que les aspects personnels, sociaux et physiques des aménagements environnementaux interfèrent négativement avec la participation aux occupations ? Comment lever ces obstacles ?**
- **Durant la période d'évaluation du MDS, le degré d'occupation habituel est-il influencé par la saison ou le temps qu'il fait ?**
- **Le résident peut-il choisir de participer ou de créer une activité ? La souplesse du règlement le permet-elle ?**
- **Est-ce que le résident préfère être avec les autres, alors que l'aménagement de l'unité y fait obstacle ? D'autres caractéristiques de l'installation contrecarrent-elles le désir du résident d'être impliqué dans la vie de l'institution ? Quelles sont les actions correctrices possibles ? Certaines ont-elles été réalisées ?**

CHANGEMENTS DANS LA DISPONIBILITÉ DU SOUTIEN DE LA FAMILLE, DES AMIS, OU DU PERSONNEL

De nombreux résidents doivent faire face non seulement au changement de domicile, mais aussi à la perte de leurs relations. Quand ceci se produit, le personnel peut encourager un résident à développer une relation de soutien avec un autre résident, un membre du personnel ou un bénévole. Ceci peut augmenter le désir de socialisation, d'aider et/ou de participer à des occupations avec ce nouvel ami.

- **Est-ce qu'un membre du personnel ayant contribué à entraîner un résident dans des occupations a quitté l'institution ? a-t-il été remplacé ?**

- **Un nouveau membre dans un groupe d'activités est-il considéré par le résident comme un leader ?**
- **Est-ce qu'un autre résident leader de l'unité est mort ou a quitté l'unité ?**
- **Est-ce que ce résident est timide, incapable de se faire de nouveaux amis ?**
- **Est-ce que l'expression d'insatisfaction du résident en présence d'autres résidents indique qu'il ne souhaite pas participer au groupe ?**

PROBLÈMES ASSOCIÉS À PRENDRE EN COMPTE POUR CEUX QUI, ACTUELLEMENT, PARTICIPENT ACTIVEMENT AUX OCCUPATIONS

Les maladies cardiaques et autres maladies qui peuvent nécessiter de ralentir son rythme de vie sont particulièrement importantes à considérer.

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Signaux d'alarme A (modification) ***Penser à revoir le programme d'activité si un ou plusieurs des éléments suivants sont présents :*** • Peu ou pas de temps consacré aux activités **[N2 = 2 ou 3]** • Souhaite des changements dans les occupations quotidiennes **[N5a = 1 ou 2]** **[N5b = 1 ou 2]** **Signaux d'alarme B (réexamen)** ***Un réexamen du programme d'activité est suggéré si les deux indicateurs suivants sont présents :*** • Éveillé pendant la matinée, tout ou la plupart du temps **[N1a = coché]** • Impliqué dans des activités la plupart du temps **[N2 = 0]**	***Problèmes à considérer pour établir un programme d'occupation :*** • Ancienneté dans l'établissement **[AB1]** • État cognitif **[B2, B4]** • Modes de locomotion/marche **[G1c, d, e, f]** • Instabilité des problèmes de santé aigus ou chroniques **[J5a, b]** • Nombre de traitements reçus **[P1]** • Utilisation de médicaments psychotropes **[O4a, b, c, d]** ***Problèmes concomitants à considérer :*** • Activités accomplies lentement et à un niveau différent (Réserves d'énergie réduites) **[G8c, d]** • Arythmie cardiaque **[I1e]** • Hypertension **[I1h]** • AVC **[I1t]** • Maladies respiratoires **[I1hh, I1ii]** • Douleur **[J2]** ***Autres points à considérer :*** • Habitudes de vie antérieures **[AC]** • Humeur **[E1, E2]** et comportement **[E4]** • Perte récente d'un proche de sa famille, ami ou membre du personnel **[F2f ; dossier]** • Les habitudes quotidiennes sont très différentes de la vie antérieure au domicile **[F3c]**

GAD I I

Chutes

1. Problème

Les chutes sont une cause fréquente de traumatisme grave et de décès chez le sujet âgé. Aux États-Unis, 40 % des résidents d'établissements de soins font une chute chaque année. Il en résulte des fractures (jusqu'à 5 % des cas) et des lésions des tissus mous dans 15 % des cas. En outre, la plupart des personnes âgées ont peur de tomber, ce qui limitera leurs activités.

Une cause potentielle unique de chute n'est identifiable que dans environ 1/3 des cas, alors que dans les autres cas, plusieurs facteurs de risque sont impliqués. *Les facteurs de risque intrinsèques* sont ceux qui sont liés à l'état physique et fonctionnel de la personne. *Les facteurs de risque extrinsèques* comprennent les effets indésirables des médicaments, l'utilisation d'aides techniques pour marcher et de moyens de contention, et des facteurs environnementaux. Ce GAD vise à identifier les résidents ayant fait une chute et ceux qui présentent un risque de chute élevé, et à approfondir l'évaluation de la situation.

2. Signaux d'alarme

La possibilité de nouvelles chutes (signaux d'alarme A) ou un risque de première chute (signaux d'alarme B) est suggérée si au moins un des éléments suivants est présent.

Signaux d'alarme A (risque de répétition de chute)

• **Chute dans les 30 derniers jours (*nouvelle chute)*** [c]	**[J4a = coché]**
• **Chute entre 31 et 180 jours (*nouvelle chute)*** [c]	**[J4b = coché]**

Signaux d'alarme B (risque de première chute)

• **Déambulation (*risque de chute initiale*)** [a]	**[E4aA = 1, 2 ou 3]**
• **Étourdissements (*risque de chute initiale*)** [b]	**[J1j = coché]**
• **Utilisation d'anxiolytiques (*risque de chute initiale*)** [c]	**[O4b = 1 à 7]**
• **Utilisation d'antidépresseurs *(risque de chute initiale)*** [d]	**[O4c = 1 à 7]**
• **Contention du tronc (*risque de chute initiale*)** [d]	**[P4c = 1 ou 2]**

(a). Ce code renvoie aussi au GAD Troubles du comportement.
(b). Renvoie aussi au GAD Utilisation de médicaments psychotropes (quand ils sont utilisés).
(c). Dans certains cas spécifiques, cet item fait partie des signaux d'alarme pour le GAD Utilisation de médicaments psychotropes.
(d). Le code 2 renvoie aussi au GAD Escarres. Les deux codes renvoient au GAD Utilisation de moyens de contention.

3. Recommandations

Afin de prendre une décision de plan de soins, commencez par vérifier la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque majeurs cités dans les « Clés de lecture » de ce GAD (p. 277). Cela vous permettra d'obtenir des informations sur la nature du risque ou le type de problème.

Chutes multiples : y a-t-il des antécédents de chutes ou la chute était-elle un événement isolé ?

Se reporter au MDS, aux renseignements de la famille et aux rapports d'accident.

FACTEURS DE RISQUE INTRINSÈQUES

Vérifiez la présence ou non des items des « Clés de lecture », dans les domaines cités ci-dessous. Chacun signale un problème de santé ou une maladie susceptible de provoquer des chutes et doit être pris en compte pour prévenir d'autres chutes.

- **problèmes cardio-vasculaires**
- **problèmes neuromusculaires, fonctionnels**
- **problèmes locomoteurs**
- **problèmes relatifs à la perception**
- **problèmes psychiatriques, cognitifs**

FACTEURS DE RISQUE EXTRINSÈQUES

En modifiant certains de ces facteurs de risque, il est possible de diminuer le risque de chute.

MÉDICAMENTS

Certains peuvent causer des chutes par divers mécanismes, tels qu'hypotension, rigidité musculaire, troubles de l'équilibre et autres effets indésirables de type extrapyramidal (par exemple, des tremblements) ou une baisse de la vigilance. Ces médicaments sont les neuroleptiques, les anxiolytiques et somnifères, les antidépresseurs, les médicaments cardio-vasculaires et les diurétiques.

- **Ces médicaments ont-ils été administrés avant ou après la chute ?**
- **Si c'était avant, dans quel délai avant la chute ont-ils été administrés pour la première fois ?**

AIDES TECHNIQUES (F), MOYENS AUXILIAIRES (CH) À LA MARCHE ET MOYENS DE CONTENTION

- **Si la personne qui tombe (ou présente un risque de chute) utilise une aide technique pour marcher, observez la manière dont elle l'utilise.**
- **Reportez-vous au MDS et au dossier pour déterminer si des moyens de contention ont été utilisés avant la chute et s'ils ont pu y contribuer (par exemple, en provoquant une perte de mobilité ou une aggravation de l'agitation).**

RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

De nombreux dangers environnementaux facilement modifiables tels qu'un mauvais éclairage, un tapis à motifs (induisant des illusions d'optique) ou des meubles incorrectement disposés peuvent causer des chutes aussi bien chez des sujets âgés en relativement bonne santé que chez des sujets fragiles.

Chez ceux qui sont déjà tombés

PASSEZ EN REVUE LES CIRCONSTANCES DE LA CHUTE

Tentez de récolter des informations sur la chute la plus récente. Ces informations comprennent :

- **L'heure, le délai depuis le dernier repas.**
- **Le résident faisait-il une activité habituelle ou inhabituelle ?**
- **Le résident était-il : debout, immobile ou marchant, saisissait-il ou non un objet (placé vers le haut ou vers le bas) ?**
- **Le résident était-il dans un endroit bondé ? tentait-il de répondre à un besoin urgent (par exemple, aller aux toilettes) ?**
- **Le sol était-il éblouissant ou mouillé ? y avait-il des objets inhabituels sur le passage ? de nouveaux meubles ou d'autres changements de l'environnement ?**
- **Y a-t-il eu plusieurs chutes dans des circonstances analogues décrites ci-dessus ?**
- **Si vous savez ce que le résident était en train de faire lors de la chute, demandez-lui de reproduire cette activité et observez-le (assurez-vous qu'il ne fasse pas de chute pendant l'examen).**

MESUREZ LES SIGNES VITAUX

- **Tout de suite après la chute, si la personne n'a PAS subi de traumatisme grave (fracture du col fémoral ou d'une extrémité inférieure), mesurez la pression artérielle et le pouls en position couchée, puis debout.**
- **En reproduisant les circonstances de la chute (par exemple, si la personne est tombée 10 minutes après avoir pris son repas, observez les signes vitaux 10 minutes après que la personne a mangé).**
- **Mesurez la pression artérielle et le rythme cardiaque en position couchée, PUIS debout après 1 et 3 minutes ; notez la température et la fréquence respiratoire.**

Pour les personnes à risque de chutes futures

Passez en revue les facteurs environnementaux et la façon de se mouvoir du résident pour déterminer si des modifications sont nécessaires.

- **Observez le schéma habituel d'interaction entre la personne et son environnement : la manière de sortir du lit, de marcher, de se tourner, de se lever, se rasseoir, d'utiliser les toilettes. Ces observations peuvent indiquer des solutions pour prévenir les chutes.**
- **Demandez à la personne de sortir du lit, de marcher quelques mètres, de faire un tour complet sur elle-même, de se lever d'une chaise sans s'appuyer sur les accoudoirs (bras croisés) et d'utiliser les toilettes.**

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Possibilité de nouvelles chutes ou risque de chute initiale si un ou plusieurs des éléments suivants sont présents :	***Passez en revue les facteurs de risque de chute afin d'identifier les problèmes que l'on peut améliorer ou résoudre :***
(A) Risque de répétition de chute	**• Chutes à répétition [J4a, J4b]**
• Chute dans les 30 derniers jours (*nouvelle chute)* [c] **[J4a = coché]**	**• Facteurs de risque intrinsèques :**
• Chute entre 31 et 180 jours (*nouvelle chute)* [c] **[J4b = coché]**	– ***Cardio-vasculaires :*** arythmies **[I1e].**
(B) Risque de première chute	– ***Neuromusculaires/fonctionnels :*** perte de mobilité d'un membre inférieur ou supérieur **[G4b, d]**, détérioration fonctionnelle **[G9]**, incontinence **[H1]**, hypotension **[I1i]**, AVC **[I1t]**, hémiplégie/hémiparésie **[I1v]**, maladie de Parkinson **[I1y]**, épilepsie **[I1aa]**, syncope **[J1m]**, état instable provoqué par une maladie chronique ou aiguë **[J5a, J5b]**, démarche instable **[J1n].**
• Déambulation (*Risque de chute initiale*) [a] **[E4aA = 1,2 ou 3]**	– ***Locomoteurs :*** douleur articulaire **[J3g]**, arthrose **[I1l]**, fracture de hanche **[I1m, J4c]**, membre manquant (ex : amputation) **[I1n]**, ostéoporose **[I1o].**
• Vertiges (*Risque de chute initiale*) [c] **[J1f = coché]**	– ***Perceptifs :*** troubles de l'audition **[C1]**, troubles de la vision **[D1, D2]**, étourdissements/vertiges **[J1f]**.
• Utilisation d'anxiolytiques (*Risque de chute initiale*) [d] **[O4b = 1 à 7]**	– ***Psychiatriques ou cognitifs :*** état confusionnel aigu **[B5]**, diminution des performances cognitives **[B6]**, état maniaco-dépressif **[I1ff]**, maladie d'Alzheimer **[I1q]**, autres démences **[I1u].**
• Utilisation d'antidépresseurs *(Risque de chute initiale)* [d] **[O4c = 1 à 7]**	**• Facteurs de risque extrinsèques :**
• Contention du tronc (*Risque de chute initiale*) [b] **[P4c = 1 ou 2]**	– ***Médicaments :*** psychotropes **[O4a, b, c, d]**, cardiovasculaires **[voir dossier]** et diurétiques **[O4e].**
	– ***Aides techniques à la marche, autres appareils (noter le moment où leur utilisation a commencé) :*** pacemaker **[voir dossier]**, canne/cadre de marche (Ca : marchette)/béquille **[G5a]** ; moyens de contention **[P4a, b, c, d, e]**.
	– ***Dangers liés à l'environnement physique, le cas échéant circonstances de la ou des chutes récentes :*** éblouissement, mauvais éclairage, sol glissant, sol irrégulier, tapis à motifs, objets sur le passage, nouvelle disposition d'objets, arrivée récente dans le bâtiment (ou changement de chambre), proximité d'une personne agressive ; heure du jour ; délai depuis le repas ; type d'activité, station debout immobile/marche dans endroit bondé ; en train de ramasser ou de saisir un objet ; besoin urgent d'aller aux WC **[observation par l'équipe]**.

(a). Ce code renvoie aussi au GAD Troubles du comportement.

(b). Le code 2 renvoie aussi au GAD Escarres. Les deux codes renvoient au GAD Utilisation de moyens de contention.

(c). Cet item renvoie aussi au GAD Utilisation de médicaments psychotropes (quand des psychotropes sont utilisés).

(d). Dans certains cas spécifiques, cet item fait partie des signaux d'alarme pour le GAD Utilisation de médicaments psychotropes.

GAD 12

État nutritionnel

1. Problème

Le vieillissement ne s'accompagne pas fatalement de malnutrition. Celle-ci peut avoir différentes causes. Sa présence peut signaler l'aggravation d'une pathologie pouvant mettre la vie en danger et devrait toujours être considérée comme l'indicateur d'un risque de déclin brutal du résident. La malnutrition grave est cependant relativement rare ; ce GAD se concentre sur les signes et symptômes suggérant un risque potentiel de malnutrition pour le résident. Dans la plupart des cas signalés, rien ne laisse penser à un problème de malnutrition, car les signes ne sont pas apparents. Une détection précoce est la clé qui en permettra la prévention.

Ce problème pris à temps peut permettre d'intervenir de manière appropriée. Pour beaucoup, de simples ajustements du mode d'alimentation peuvent être suffisants. Pour d'autres, des compensations ou corrections alimentaires seront nécessaires.

Un programme nutritionnel privilégiera l'alimentation par voie orale. La voie entérale est normalement réservée aux résidents ayant une incapacité évidente de s'alimenter par voie orale suffisamment grave pour entraîner la malnutrition ou la perte de poids. L'alimentation parentérale est normalement réservée aux situations extrêmes, lorsque les voies orale et entérale sont toutes deux contre-indiquées ou inadaptées pour combler les besoins nutritionnels. Selon la nature du problème, vous pouvez proposer au résident de manger avec les mains, par petites bouchées, de déplacer l'aliment dans sa bouche avec la langue d'un côté et de l'autre, de mâcher et avaler chaque morceau, d'éviter les aliments qui sont source de douleurs dans la bouche. Un plan de soins peut également suggérer de fournir des moyens auxiliaires adaptés afin de compenser les problèmes de fermeture des lèvres ou de préhension des couverts, ainsi que de l'aide pour entretenir les habitudes liées à l'alimentation chez les résidents désorientés.

2. Signaux d'alarme

Des problèmes nutritionnels doivent être évoqués si un ou plusieurs des signes suivants se présente :

• Perte de poids	**[K3a = 1]**
• Altération du goût	**[K4a = coché]**
• 25 % ou plus de la nourriture sont laissés à la plupart des repas	**[K4c = coché]**
• Alimentation parentérale ou intraveineuse [(a)]	**[K5a = coché]**
• Alimentation mixée ou hachée	**[K5c = coché]**
• Alimentation à la seringue (par voie orale)	**[K5d = coché]**
• Régime diététique-thérapeutique	**[K5e = coché]**
• Escarres [(b)]	**[M2a = 2, 3 ou 4]**

(a). Cet item renvoie aussi au GAD Déshydratation, équilibre hydrique.
(b). Ces valeurs de code renvoient aussi au GAD Escarres.

3. Recommandations

Facteurs liés à l'état du résident susceptibles de gêner sa capacité à s'alimenter

Réduction de la capacité de manger seul

Elle peut être due à l'arthrose, aux contractures, à la perte partielle ou totale des mouvements des bras, à une hémiplégie ou une quadriplégie, à des problèmes de vue, à une incapacité de réaliser les activités de la vie courante sans aide, au coma.

Problèmes de mastication

Les résidents ayant des abcès dans la bouche, de mauvais appareillages, des dents cassées, manquantes, des caries ou ceux pour qui l'on mixe souvent les repas peuvent ne pas manger suffisamment pour couvrir leurs besoins. Une perte de poids importante peut provenir d'un mauvais appareillage dentaire et d'infections qui pourraient à leur tour conduire à une perte de poids encore plus importante.

Problèmes de déglutition

Différents contextes sont possibles : une longue chimiothérapie, une radiothérapie, une chirurgie faciale (incluant cancer au niveau de la tête et du cou), la peur d'avaler provoquée par une bronchopathie chronique obstructive, de l'emphysème, de l'asthme, une hémiplégie ou une quadriplégie, une maladie d'Alzheimer et d'autres démences, une hyperthyroïdie.

Pertes provenant d'une diarrhée ou d'une stomie

Causes médicales possibles

De nombreux problèmes de santé ou maladies entraînent une augmentation des besoins nutritifs (calories, protéines, vitamines, minéraux, eau et fibres). On peut citer : le cancer et ses traitements, la maladie de Parkinson avec tremblements, la septicémie, la pneumonie, la gastro-entérite, la fièvre, les vomissements, la diarrhée et d'autres formes de malabsorption, les brûlures, les ulcères de pression (escarres), les bronchopathies chroniques obstructives, l'emphysème, l'asthme et l'hyperthyroïdie.

Conséquences nutritionnelles d'un cancer et de ses traitements (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie)

Pour les résidents qui suivent une thérapie visant une rémission ou la guérison, un support nutritionnel intensif est nécessaire ; pour les patients atteints de maladies malignes incurables, suivant un traitement palliatif, un support nutritionnel important est souvent médicalement inapproprié.

- **Les désirs du pensionnaire (et de sa famille) concernant ces apports nutritionnels agressifs ont-ils été pris en compte ?**

Anémie (déficience nutritionnelle, sans malnutrition)

Un hématocrite à moins de 41 % est annonciateur d'un risque aggravé de morbidité ou de mortalité.

- **Retrouvez-vous des signes d'insuffisance respiratoire, de faiblesse, pâleur des lèvres et des ongles, et/ou des ongles en griffes ?**

BRONCHOPATHIE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

Elle augmente les besoins en calories et peut être aggravée par la peur systématique de s'étouffer en mangeant ou en buvant.

DYSPNÉE

Souvent associée à une insuffisance cardiaque, une hypertension artérielle, un œdème et une bronchite chronique/emphysème/asthme. Ceci peut également entraîner une crainte de manger et de boire, avec pour conséquence une nette réduction de l'apport alimentaire.

CONSTIPATION, OCCLUSION INTESTINALE OU DOULEURS

Elles peuvent couper l'appétit.

ANOREXIE PROVOQUÉE PAR DES MÉDICAMENTS

Les médicaments sont souvent responsables de l'altération ou la diminution du goût ou de l'odorat.

ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU *(DELIRIUM)*

Problèmes à prendre en compte en raison d'une possible relation avec l'état nutritionnel (lien de cause à effet)

PROBLÈMES PSYCHIQUES

Un retard mental, la maladie d'Alzheimer ou les autres démences, de l'anxiété, une dépression, des craintes paranoïdes (quant à l'éventuel empoisonnement de la nourriture), peuvent conduire à l'anorexie ou à laisser de côté une grande partie de la nourriture offerte, aboutissant à une grande perte de poids.

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Des résidents lents à s'alimenter, ceux qui sont agités ou déambulent, qui abandonnent les activités, qui projettent de la nourriture, qui ne peuvent pas ou refusent de communiquer, refusent souvent de manger ou ne mangeront qu'une variété restreinte d'aliments (ils laissent plus de 25 % de la nourriture). S'ils ne sont pas traités, ces problèmes de comportement, se traduisant par un refus de manger, peuvent entraîner une perte de poids importante et une malnutrition.

- **Les résidents utilisent-ils la nourriture dans le but d'attirer l'attention du personnel ?**
- **Les résidents sont-ils en mesure de comprendre l'importance d'une bonne alimentation ?**

INCAPACITÉ DE COMMUNIQUER

Pour la plupart des résidents, le fait d'apprécier la nourriture et le moment du repas influencent de façon majeure la qualité de vie. L'impossibilité de préparer soi-même ses repas selon ses propres goûts et de manger à une heure choisie peut provoquer un appauvrissement de l'alimentation, une perte de poids et de la tristesse. La malnutrition, lorsqu'elle est la conséquence d'un manque de communication, révèle une prise en charge médiocre. La correction précoce de ces problèmes de communication, lorsque ceci est possible, peut prévenir une malnutrition.

- **La salle à manger permet-elle aux résidents une bonne « socialisation »? Est-ce un endroit où les relations peuvent facilement s'établir?**
- **Y a-t-il eu une défaillance dans la mise en place d'un personnel adéquat ou dans l'aménagement des horaires de repas afin d'aider les résidents à manger?**
- **Y a-t-il eu une défaillance dans l'évaluation des besoins et dans la mise à disposition d'équipements adaptés aux résidents qui auraient pu ainsi conserver une certaine indépendance pour manger?**
- **Le résident peut-il parler aux membres du personnel des problèmes qu'il rencontre à propos de la nourriture servie (par exemple, s'il la trouve peu appétissante ou mal présentée)?**

AMPUTATION

Une perte de poids peut être due à une perte de l'usage des membres supérieurs ou à une amputation.

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
***L'existence de problèmes nutritionnels est suggérée si l'un ou plusieurs des éléments suivants sont présents*:** • Perte de poids **[K3a = 1]** • Se plaint du goût des aliments **[K4a = coché]** • 25 % ou plus de la nourriture sont laissés lors de la plupart des repas **[K4c = coché]** • Alimentation parentérale/IV [(a)] **[K5a = coché]** • Alimentation hachée/mixée **[K5c = coché]** • Alimentation à la seringue (par voie orale) **[K5d = coché]** • Régime thérapeutique **[K5e = coché]** • Escarres [(b)] **[M2a = 2, 3 ou 4]**	***Facteurs gênant la capacité de s'alimenter:*** • Capacité réduite de s'alimenter soi-même **[G1h]** • Pertes de stomie **[H3i]** • Problèmes de mastication **[K1a]** • Problèmes de déglutition **[K1b]** • **Causes médicales possibles**: diarrhée **[H2c]**, anémie **[I1oo],** cancer **[I1pp]**, pneumonie **[I2e]**, septicémie **[I2g]**, fièvre **[J1h],** dyspnée **[J1l]**, vomissements **[J1o],** douleur **[J2]**, constipation **[H2b]**, emphysème **[I1ii],** chimiothérapie **[P1a]** et interactions médicamenteuses (par exemple: neuroleptiques **[O4a]**), médicaments cardiaques, diurétiques **[O4e]**, laxatifs, antiacides **[voir dossier]**. ***Problèmes pouvant éventuellement avoir un rapport avec un déséquilibre nutritionnel:*** • **Problèmes mentaux:** retard mental **[AB10]**, état confusionnel **[B5]**, crainte d'empoisonnement **[voir dossier; E1]**, maladie d'Alzheimer **[I1q]**, autre démence **[I1u]**; anxiété **[I1dd]**, dépression **[I1ee]**. • **Problèmes de comportement:** agitation motrice **[E1n]**, désintérêt **[E1o]**, déambulation **[E4a]**; projection de la nourriture **[E4d]**, lenteur à s'alimenter **[G8c]**, laisse 25 % ou plus de la nourriture **[K4c]**. • **Incapacité à communiquer:** coma **[B1]**, incapacité à faire connaître ses préférences pour la nourriture et l'heure du repas **[C3g]**, et difficulté à se faire comprendre **[C4]**, difficulté à comprendre les autres **[C6]**, aphasie **[I1r]**. • **Problèmes fonctionnels**: Perte de l'usage des membres supérieurs **[G4a, b, c]**, amputation **[I1n]**.

(a). Cet item renvoie aussi au GAD Déshydratation, équilibre hydrique.

(b). Ces valeurs de code renvoient aussi au GAD Escarres.

GAD 13

Alimentation par sonde

1. Problème

L'efficacité de la sonde gastrique est difficile à évaluer. Comme les complications sont nombreuses et les bénéfices difficiles à déterminer, l'efficacité de la sonde gastrique comme moyen de traitement à long terme mérite une évaluation minutieuse.

Il est inacceptable qu'une sonde soit posée pour la commodité de l'équipe soignante, parce que le résident a des difficultés pour manger et que l'équipe ne dispose que d'un temps limité pour l'assister. La seule justification admissible est une indication médicale en vue de prévenir la malnutrition ou la déshydratation. Même dans ce cas, toutes les autres solutions possibles devraient être envisagées avant d'accepter cette solution à long terme et on devrait toujours garder comme objectif le retour à une alimentation normale.

L'utilisation d'une sonde naso-gastrique ou naso-intestinale peut entraîner bien des complications, comme, par exemple, l'agitation, l'arrachage de la sonde (par le patient), des infections, une aspiration, une mauvaise introduction de la sonde dans la trachée ou les poumons, un déplacement inattendu de celle-ci, des douleurs.

Ce GAD se concentre sur l'examen de l'état du résident porteur d'une sonde. Les GAD État nutritionnel et Déshydratation, équilibre hydrique abordent les besoins du résident qui pourraient avoir besoin de la pose d'une sonde. Pour aider à clarifier cette dernière question, les recommandations ci-après proposent la marche à suivre pour s'assurer que la sonde gastrique est utilisée à bon escient, c'est-à-dire dans une situation acceptable et exceptionnelle. En règle générale, les résidents incapables de manger pendant quelques jours à cause de problèmes physiques de mastication ou de déglutition (par exemple, en cas d'AVC, de Parkinson) ou à cause de problèmes psychiques (par exemple, dépression due à la maladie d'Alzheimer) devraient être soumis à une évaluation pour déterminer la nécessité de poser une sonde ou pour trouver une méthode d'alimentation alternative. Si l'apport calorique est insuffisant en cas de sonde endotrachéale ou de trachéotomie, l'indication d'une sonde naso-gastrique ou naso-intestinale peut se justifier. Enfin, on peut accepter l'utilisation d'une sonde pour prévenir une hypoxémie due au repas (trop peu d'oxygène dans le sang), ce qui peut arriver en cas de syndrome broncho-obstructif chronique ou d'un autre problème pulmonaire qui interfère avec l'alimentation (par exemple, l'utilisation d'oxygène, de bronchodilatateurs, de trachéotomie, de sonde endotrachéale avec ventilation assistée).

1. La première mesure à prendre avant de poser une sonde naso-gastrique ou naso-intestinale consiste à *évaluer* quelles sont *les causes* d'un mauvais état nutritionnel qui peuvent être identifiées et corrigées.
   (a) Les troubles affectant les fonctions d'alimentation (mâcher et avaler) peuvent influencer négativement l'état nutritionnel (mauvais rapport poids/taille, perte de poids, protéines sanguines, problèmes de régime). La première chose à faire est d'identifier les causes potentielles et la durée probable de ces troubles. Les derniers examens de laboratoire devraient également être consultés pour voir s'il existe un déséquilibre des électrolytes, du bilan hydrique, de la créatinine, des protéines sanguines avant de prendre une décision de traitement. Le dosage du sodium et du potassium permet de voir s'il existe un déséquilibre des électrolytes. Les résidents qui prennent des diurétiques peuvent avoir des pertes de potassium qui doivent être compensées. Si ce genre de déséquilibre ne peut être corrigé par voie orale ou parentérale, on peut envisager la pose d'une sonde gastrique ou naso-intestinale.

(b) Déterminez si ces problèmes d'absorption de liquides et d'hydratation sont à court ou à long terme.

(c) Inquiétez-vous d'une éventuelle distension gastro-intestinale, hémorragie gastro-intestinale, hyperacidité gastrique, probabilité d'ulcère de stress, douleur abdominale.

(d) Identifiez les problèmes pulmonaires (par exemple, syndrome broncho-obstructif chronique et utilisation de sonde endotrachéale, trachéotomie ou autre appareillage) qui peuvent interférer avec l'alimentation et l'hydratation.

(e) Identifiez les problèmes mentaux qui ont une influence sur l'alimentation, tels que la dépression, l'agitation, l'état confusionnel aigu, la démence et les troubles de l'humeur.

(f) Considérez également les autres problèmes tels que les maladies cardio-vasculaires et les AVC (accidents vasculaires cérébraux).

2. **Déterminez la nécessité** d'une telle sonde. Cherchez les solutions alternatives possibles. Il faudrait toujours envisager les solutions alternatives à la pose d'une sonde naso-gastrique ou naso-intestinale. Une alimentation parentérale devrait être mise en place en cas de traitement à court terme ou, en tout cas, en guise de première option. Pour un traitement à long terme, une jéjunostomie peut avoir des avantages bien que le risque d'infection soit augmenté. Une gastrostomie est mieux tolérée par des patients agités et ceux qui nécessitent un long traitement (plus de deux semaines). Une gastrostomie est préférable au port d'une sonde naso-gastrique ou naso-intestinale pour des raisons de confort et pour prévenir les problèmes de déplacement ou autres, associés à la sonde nasale. C'est aussi moins « voyant » puisqu'on peut la cacher presque complètement sous les vêtements lorsqu'on ne l'utilise pas.

3. Garantissez un **consentement éclairé** et le droit de refuser le traitement. Les avantages, les désavantages et les complications potentielles doivent être discutés et le consentement éclairé doit être obtenu avant l'introduction de la sonde. Ce sont, en principe, les arguments du résident qui doivent emporter la décision de poser ou non une sonde gastrique. Il faudra également tenir compte de la loi en vigueur. Si le résident est jugé incapable de prendre une décision, il faudra vérifier si, auparavant, il a exprimé une volonté à ce sujet ou si un représentant légal a été désigné pour déterminer qui a le droit de décider en son nom. Dans certains cas, il appartiendra au médecin de prendre la responsabilité de la décision. Dans tous les cas, lors de maladies terminales ou irréversibles, les moyens techniques de pourvoir à l'hydratation et à l'alimentation doivent être considérés comme des moyens exceptionnels (plutôt qu'habituels) de prolonger la vie.

4. Surveillez les **complications éventuelles** et adaptez les procédures si nécessaire. Il faudra changer la sonde périodiquement bien qu'il n'y ait pas de consigne stricte à propos de cette fréquence. L'évaluation et la décision de continuer ce traitement doivent être envisagées avant de reposer la sonde. Il est nécessaire de disposer des prescriptions écrites du médecin.

5. Les personnes qui présentent un **risque d'aspiration pulmonaire** (par exemple, celles qui ont des réflexes pharyngés altérés ou qui sont inconscientes) devraient recevoir une sonde naso-intestinale plutôt que naso-gastrique ou quelque autre traitement alternatif. Celles qui présentent un risque de déplacement de la sonde à cause de la toux, des vomissements ou qui ont subi une intubation endotrachéale sont également dans ce cas.

2. Signaux d'alarme

Étudier l'efficacité et le besoin d'alimentation par sonde si :

• **Sonde utilisée actuellement** [a]	**[K5b = coché]**

(a). Ce code renvoie aussi au GAD Déshydratation.

3. Recommandations

Complications dues à l'alimentation par sonde

Pour mémoire, les risques potentiels de complication grave sont l'état confusionnel aigu, l'agitation (mouvements répétitifs), l'anxiété, l'arrachage de la sonde par le résident, les infections, les aspirations bronchiques répétées, la malposition de la sonde dans la trachée ou les poumons, la douleur et le mauvais fonctionnement de la sonde. On peut s'attendre à des résultats de laboratoire anormaux et ceci devra être vérifié.

MAUVAISE POSITION DE LA SONDE (DANS LE SYSTÈME RESPIRATOIRE)

C'est le plus commun des effets indésirables de la pose d'une sonde gastrique. Dans une étude, un examen radiologique indique que 15 % des sondes gastriques et 27 à 50 % des sondes naso-intestinales n'étaient pas à la place voulue, sans qu'il y ait de signe apparent de mauvais positionnement. Le placement dans les voies respiratoires peut arriver chez chaque patient, mais un risque plus important existe chez les personnes déprimées sur le plan neurologique, mises sous sédatifs à hautes doses, incapables d'ouvrir la bouche ou intubées. Cette erreur est difficile à déceler. Voici quelques conseils concernant ce problème :

- L'examen radiologique est le moyen le plus sûr de détecter une mauvaise position de la sonde et d'éviter un pneumothorax ou une introduction malencontreuse dans les voies respiratoires. La procédure consiste à introduire d'abord la sonde dans l'œsophage jusqu'à l'appendice xyphoïde puis à vérifier la progression avec une radiographie ; on achève ensuite la mise en place de la sonde dans l'estomac et on fait un deuxième cliché. Le mandrin peut alors être retiré et l'alimentation commencer. Il est cependant peu probable que l'établissement dispose d'un tel équipement et que l'on puisse espérer le transport du résident vers un autre établissement en disposant.
- L'examen du pH gastrique est une méthode prometteuse pour contrôler si la sonde est dans l'estomac, dans l'intestin ou dans les voies respiratoires. Cependant les paramètres pour caractériser les différentes sécrétions ne sont pas encore bien définis cliniquement.
- L'examen visuel des sécrétions aspirées, même s'il est pratiqué fréquemment, représente une méthode discutable dans la mesure où ce liquide peut apparaître à l'œil semblable aux sécrétions des voies respiratoires.
- La méthode de l'auscultation : même si des gargouillis indiquent normalement que la sonde est dans l'estomac, il peut arriver qu'on entende les mêmes bruits lorsque la sonde est placée dans le pharynx, l'œsophage ou les voies respiratoires. En général, les sondes fines sont plus difficiles à placer, mais il peut arriver qu'une grosse sonde placée par erreur dans les voies respiratoires laisse entendre des gargouillis trompeurs.

DÉPLACEMENT ACCIDENTEL DE LA SONDE

Une sonde non lestée (par un poids de mercure ou de tungstène) se déplacera plus facilement qu'une sonde lestée.

ASPIRATION DU CONTENU GASTRIQUE DANS LA TRACHÉE ET LES POUMONS

L'incidence de ce cas est difficile à déterminer, mais la plupart des études suggèrent qu'elle est assez fréquente.

INFECTION DE LA TRACHÉE OU DES POUMONS

À la suite de l'alcalinisation du pH gastrique, la flore gastrique augmente. Les microbes sont transmis à la trachée et entraînent une pneumonie nosocomiale. Dans une étude, on a trouvé que 89 % des patients ventilés et nourris par sonde étaient « colonisés » au bout de 4 jours d'alimentation entérale et 62 % des patients étudiés présentaient une infection respiratoire nosocomiale. Il convient de surveiller l'apparition de signes d'infection respiratoire, tels que la toux, le souffle court, la fièvre, la douleur thoracique, l'arrêt respiratoire, le délire, la confusion et les convulsions.

AUTRES COMPLICATIONS RESPIRATOIRES

Elles comprennent : douleur, saignements de nez, pneumothorax, hydrothorax, nécrose nasale, nasopharyngite, œsophagite, inflammation de la trompe d'Eustache, sténose de l'œsophage, obstruction des voies respiratoires, perforation au niveau du pharynx ou de l'œsophage. Il convient de surveiller l'apparition d'une infection respiratoire.

COMPLICATIONS LIÉES AUX SOLUTIONS NUTRITIVES

Les symptômes comprennent : les douleurs abdominales, le gonflement de l'abdomen, les ulcères de stress et les hémorragies gastriques. Il faudra aussi surveiller l'apparition de diarrhées, nausées, distension de l'abdomen et asphyxie. Toutes ces complications impliquent de prévoir un changement de formule ou une évaluation en vue d'un nouveau diagnostic.

COMPLICATIONS CARDIOVASCULAIRES

Il convient de surveiller les signes de souffrance ou d'arrêt cardiaque tels que douleur thoracique, pouls filant, perte de connaissance, arrêt respiratoire.

TESTS PÉRIODIQUES POUR SURVEILLER L'ÉQUILIBRE PROTIDIQUE PENDANT LA PÉRIODE D'ALIMENTATION PAR SONDE

Lorsque cet équilibre n'est pas atteint, on adoptera une formule à haute teneur en protides. Pour beaucoup de personnes âgées, la capacité d'absorber des protéines est déficiente et devrait être mesurée. Une alimentation efficace devrait garantir un équilibre azoté positif, maintenir ou augmenter le poids du corps, le pli cutané du triceps et maintenir la circonférence du bras, la capacité de fixation du fer et le taux d'urée. On surveillera également régulièrement l'apport de calories et le poids du résident.

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Étudier l'efficacité et le besoin d'alimentation par sonde si : • Sonde utilisée actuellement [a] **[K5b = coché]**	***Facteurs qui peuvent empêcher le retrait d'une sonde :*** • Coma [**B1**] • Laisse plus de 25 % de la nourriture **[K4c] ET** refuse de l'aide pour manger **[E4e]** • **Diagnostics** : AVC **[I1t]**, ulcère gastrique **[I3]** • Hémorragie gastrique **[voir dossier]** • Problème de mastication **[K1a]** • Problème de déglutition **[K1b]** • Douleur dans la bouche **[K1c]** • Période durant laquelle une sonde gastrique a été utilisée **[voir dossier**] ***Facteurs qui peuvent compliquer l'alimentation par sonde :*** • **Problèmes de santé** : état confusionnel aigu **[B5]**, mouvements répétitifs **[E1n],** anxiété **[I1dd]**, dépression **[I1ee]**, aspirations pulmonaires répétées **[J1k]**. • **Arrachage de la sonde** par le résident **[voir dossier]**. • **Utilisation de moyens de contention des membres** pour éviter l'arrachage de la sonde **[P4d]**. • **Infections des poumons, de la trachée** : pneumonie **[I2e]**, fièvre **[J1h]**, dyspnée **[J1l]**, placement ou déplacement de la sonde dans les poumons **[voir examen, dossier]**. • **Effets secondaires des solutions nutritives utilisées** : constipation **[H2b]**, diarrhées **[H2c]**, fécalome **[H2d]**, distension ou douleur abdominale **[examen]**, déshydratation **[J1c]**. • **Problèmes respiratoires** : pneumothorax, hydrothorax, obstruction des voies aériennes, détresse respiratoire aiguë ou non **[I3, voir dossier, observation]**. • **Crise cardiaque, arrêt cardiaque** : douleur thoracique **[J3c],** disparition du pouls, perte de connaissance, arrêt respiratoire **[voir dossier, observation]**. • **Résultats de laboratoire anormaux [P9].**

(a). Cet item renvoie aussi au GAD Déshydratation.

GAD 14

Déshydratation, équilibre liquidien

1. Problème

Sans apport d'eau l'être humain ne survit que quatre jours en moyenne. L'eau est indispensable à la diffusion des métabolites vers les cellules, l'élimination des déchets, la régulation thermique du corps et à bien d'autres processus métaboliques complexes.

La déshydratation traduit une perte d'eau supérieure aux apports. L'organisme n'est plus à même de maintenir une pression sanguine suffisante ni de délivrer suffisamment d'oxygène et d'aliments aux cellules ou d'évacuer les déchets. Ceci se manifeste par plusieurs symptômes parmi lesquels :

- **Étourdissements en s'asseyant/se levant** (pression artérielle insuffisante pour apporter l'oxygène et le glucose au cerveau) ;
- **Confusion ou variation de l'état mental** (insuffisance d'oxygène ou de glucose dans le cerveau) ;
- **Baisse de la diurèse** (le rein retient l'eau) ;
- **Baisse de l'élasticité cutanée, sécheresse des muqueuses** (symptômes de sécheresse) ;
- **Constipation** (manque d'eau pour éliminer les déchets de l'organisme) ;
- **Fièvre** (manque d'eau pour maintenir la température normale du corps).

Autres conséquences possibles de la déshydratation : diminution des capacités fonctionnelles, prédisposition aux chutes (par hypotension orthostatique), fécalome, prédisposition à l'infection, perturbations électrolytiques et, finalement, la mort.

Les résidents des institutions sont particulièrement vulnérables à la déshydratation. Il leur est souvent difficile, voire impossible, d'accéder eux-mêmes aux boissons, la perception de la soif est diminuée, le rein âgé perd sa capacité à concentrer les urines et des affections aiguës ou chroniques peuvent entraîner un déséquilibre électrolytique.

Malheureusement la plupart des signes de déshydratation n'apparaissent que quand une quantité importante de liquide est déjà perdue. Les signes de déshydratation ne sont guère fiables ni spécifiques. Des membres de l'équipe vont souvent diverger quant à l'interprétation clinique de la déshydratation dans tel ou tel cas, car le repérage des signes caractéristiques de déshydratation est très difficile chez les personnes âgées. Le dépistage précoce étant problématique, un des buts de ce GAD consiste à identifier toutes les situations à risque pour mettre en place un plan de soins pour la prévention de la déshydratation.

Si la déshydratation est manifeste, l'objectif thérapeutique est de restaurer le volume normal de liquide, si possible par voie orale. Si le résident est incapable de boire 2,5 à 3 litres en 24 heures, l'eau et les électrolytes doivent être apportés par d'autres voies. Les liquides peuvent être administrés par voie intraveineuse, sous-cutanée ou par sonde jusqu'à ce que le résident soit correctement hydraté et puisse absorber et conserver suffisamment de liquide par voie orale.

2. Signaux d'alarme

Une déshydratation doit être évoquée si un ou plusieurs des éléments suivants sont présents :

• Déshydratation	**[J1c = coché]**
• Insuffisance de liquide/n'a pas absorbé sa ration de liquides	**[J1d = coché]**
• Infection urinaire	**[I2j = coché]**
• Diagnostic de déshydratation	**[I3 = E86]**
• Variation de poids de 1,5 kg ou plus	**[J1a = coché]**
• Fièvre	**[J1h = coché]**
• Hémorragie interne	**[J1j = coché]**
• Nutrition parentérale/intraveineuse (a)	**[K5a = coché]**
• Alimentation par sonde (b)	**[K5b = coché]**
• Prise de diurétiques	**[O4e = 1 à 7]**

(a). Ce code renvoie aussi au GAD État nutritionnel.
(b). Ce code renvoie aussi au GAD Alimentation par sonde.

3. Recommandations

Facteurs propres au résident qui peuvent altérer la capacité de maintenir l'équilibre liquidien

ALTÉRATION MODÉRÉE OU SÉVÈRE DE LA CAPACITÉ À DÉCIDER

- **Son état mental s'est-il récemment modifié de façon inexpliquée ?**
- **Le résident apparaît-il exceptionnellement agité ou désorienté ?**
- **Est-il délirant ?**
- **Est-il comateux ?**

PROBLÈMES DE COMPRÉHENSION OU DE COMMUNICATION

- **Existe-t-il une démence, une aphasie ou un autre trouble qui limite les facultés du résident à comprendre ou à être compris ?**

PROBLÈMES DE LA MAÎTRISE DU CORPS

- **Le résident requiert-il une aide importante pour les transferts ?**
- **Le résident se déplace-t-il librement dans l'unité ?**
- **Est-il apparu récemment un déclin dans les AVQ ?**

PROBLÈMES DE DEXTÉRITÉ MANUELLE

- **Le résident est-il capable d'amener une tasse à sa bouche ?**

PROBLÈMES INTESTINAUX

- **Le résident présente-t-il une constipation ou un fécalome pouvant être en relation avec la consommation de liquide ?**

PROBLÈMES DE DÉGLUTITION

- **Le résident présente-t-il des lésions buccales ?**
- **Refuse-t-il des aliments, des repas, des médicaments ?**
- **Est-il capable de boire au verre ou d'aspirer à l'aide d'une paille ?**

ALIMENTATION PARENTÉRALE/INTRAVEINEUSE

- **Une sonde gastrique ou l'alimentation par voie intraveineuse sont-elles utilisées ?**

Facteurs de risque de déshydratation présentés par le résident

Les facteurs de déshydratation se rattachent soit **à la diminution de l'absorption de liquides** soit **à une augmentation des pertes liquidiennes**. Le risque de déshydratation croît avec le nombre de facteurs présents. La perte liquidienne respiratoire et cutanée est normalement de 500 ml par jour environ ; elle augmente avec la fréquence respiratoire et la sudation ; une **limitation d'apport de liquides,** pour quelque raison que ce soit, peut ainsi entraîner une déshydratation.

RESTRICTION D'APPORT LIQUIDIEN

- **Y a-t-il eu diminution de la sensation de soif ?**
- **Le résident est-il inconscient du besoin d'absorber suffisamment de liquides ?**
- **L'absorption de liquides a-t-elle été réduite par le résident ou l'équipe dans le but de limiter l'incontinence urinaire ?**
- **Y a-t-il limitation d'apport de liquides pour satisfaire à des examens ou pour une autre raison médicale ?**
- **La tristesse, un chagrin ou une dépression amènent-ils le résident à refuser des aliments et/ou des boissons ?**

EXISTENCE D'INFECTION, FIÈVRE, VOMISSEMENT, DE DIARRHÉE, DE NAUSÉES, D'HYPERSUDATION (VAGUE DE CHALEUR…)

UTILISATION FRÉQUENTE DE LAXATIFS, LAVEMENTS OU DE DIURÉTIQUES

DIURÈSE EXCESSIVE (POLYURIE)

Une diurèse excessive (polyurie) peut être liée à des :

- **Médicaments (lithium, phénytoïne…), abus d'alcool**
- **Maladies (diabète sucré ou insipide…)**
- **Autres troubles (hyperaldostéronisme, hyperparathyroïdie…)**

RÉSULTATS D'AUTRES TESTS

- **Y a-t-il baisse d'au moins 20 mm de mercure de la pression systolique/diastolique artérielle au passage de la position assise à la position debout ?**
- **À l'examen, la muqueuse buccale est-elle sèche ?**
- **Les urines sont-elles concentrées et/ou diminuées en volume ?**

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
La présence de déshydratation est suggérée par l'existence d'un ou plusieurs des éléments suivants :	***Facteurs propres au résident, susceptibles d'altérer la capacité à maintenir l'équilibre liquidien :***
• Déshydratation **[J1c = coché]**	• Altération de la capacité à décider – Signe d'état confusionnel aigu (*delirium*) **[B5]** – Diminution modérée ou grave de la capacité à décider **[B4]**
• Insuffisance de liquide/n'a pas consommé tous les liquides offerts **[J1d = coché]**	• Problème de compréhension/communication **[C4, C6]**
• Infection urinaire **[I2j = coché]**	• Problème de maîtrise du corps **[G3, G4]**
• Diagnostic de déshydratation (CIM 10) **[I3 = E86]**	• Détérioration récente (dans les 7 derniers jours) des AVQ **[Observation, questions directes au personnel]**
• Variation de poids de 1,5 kg ou plus **[J1a = coché]**	• Problème de dextérité manuelle **[G4c]**
• Fièvre **[J1h = coché]**	• Problèmes intestinaux – constipation **[H2b]** – fécalome **[H2d]**
• Hémorragie interne **[J1j = coché]**	• Problème de déglutition **[K1b]**
• Nutrition parentérale/IV [a] **[K5a = coché]**	***Facteurs de risque de déshydratation :***
• Alimentation par sonde [b] **[K5b = coché]**	• Réduction intentionnelle des ingestions de liquide **[J1d ; voir dossier]**
• Prise de diurétiques **[O4e = 1 à 7]**	• Diarrhée **[H2c]**, infection **[I2]**, fièvre **[J1h]**, vomissements **[J1o]**, nausée **[voir dossier]**, transpiration excessive **[voir dossier, examen]**
	• Utilisation fréquente de laxatif, lavement ou diurétiques **[voir dossier ; H3h, O4e]**
	• Élimination excessive d'urine **[dossier, examen]**
(a). Ce code renvoie aussi au GAD État nutritionnel. (b). Ce code renvoie aussi au GAD Alimentation par sonde.	• Autres tests : tension assis/debout, état des muqueuses buccales, volume d'urine **[voir dossier]**

GAD 15

Soins dentaires

1. Problème

De bonnes dents ou un dentier qui fonctionne sont une condition préalable à une alimentation adéquate. Des dents, ou un dentier, propres et esthétiques participent à l'image positive que le résident a de lui-même ou celle qu'il présente à autrui, améliorant par là ses relations sociales avec les autres résidents, avec le personnel et avec les visiteurs. Une bonne santé buccale diminue le risque d'inconfort et, dans certains cas, de maladies systémiques provenant d'infections buccales ou de cancer. Les premiers menacés sont les résidents qui ont de multiples affections et traitements médicaux, des déficiences fonctionnelles qui les empêchent de s'occuper d'eux-mêmes et des problèmes de communication. Les autres résidents exposés au risque sont ceux qui, bien que plus indépendants, manquent de motivation ou d'éducation à l'hygiène buccale. Enfin, les résidents avec des antécédents de consommation d'alcool et/ou de tabac présentent davantage de risques de développer des lésions chroniques de la bouche.

2. Signaux d'alarme

Un problème *d'hygiène dentaire* ou de *santé buccale* est suggéré par :

• **Déchets dans la bouche *(hygiène dentaire)***	**[L1a = coché]**
• **Moins d'un nettoyage par jour des dents ou du dentier *(hygiène dentaire)***	**[L1f = non coché]**
• **Douleur dans la bouche *(santé buccale)***	**[K1c = coché]**
• **Perte de quelques-unes ou de toutes les dents naturelles et n'a pas, ou n'utilise pas, d'appareil dentaire *(santé buccale)***	**[L1c = coché]**
• **Dents cassées, branlantes ou cariées *(santé buccale)***	**[L1d = coché]**
• **Gencives enflammées, enflées ou qui saignent, abcès dans la bouche, ulcérations, éruptions *(santé buccale)***	**[L1e = coché]**

3. Recommandations

Problèmes associés

Les déchets déposés autour des dents, des gencives ou des tissus de la bouche forment une plaque chargée de nourriture et de bactéries qui peuvent attaquer les dents ou causer des odeurs fétides autour du dentier si celui-ci n'est pas nettoyé au moins une fois par jour. Cette section a pour but de passer en revue les problèmes associés (identifiés par le MDS) qui peuvent empêcher le résident de se débarrasser normalement des déchets qu'il a dans la bouche.

FACULTÉS INTELLECTUELLES DIMINUÉES

- **Doit-on rappeler au résident de se laver les dents, le dentier ?**
- **Se souvient-il de la manière de procéder pour maintenir une bonne hygiène de la bouche ?**
- **Peut-il tirer bénéfice d'une segmentation des tâches ou d'une supervision ?**

CAPACITÉ DE COMPRÉHENSION DIMINUÉE

- **Le résident est-il capable de suivre des instructions verbales ou une démonstration pour des soins de bouche ?**
- **Si le résident a des difficultés de langage, sait-il ce qu'il doit faire lorsqu'on le place devant le lavabo et qu'on lui met en main une brosse à dents avec de la pâte dentifrice ?**

VISION DÉFICIENTE

- **La capacité visuelle du résident est-elle suffisante pour faire ses soins de bouche ou vérifier son hygiène buccale ?**

HYGIÈNE PERSONNELLE INSUFFISANTE

- **Le résident a-t-il reçu une aide ou une supervision pour les soins de la bouche et des dents durant les 7 derniers jours ?**
- **A-t-on évalué sa capacité à s'en occuper seul ?**
- **A-t-il perdu partiellement ou totalement l'usage volontaire de ses bras ou la dextérité nécessaire à une bonne hygiène personnelle ?**
- **Que manque-t-il au résident pour qu'il soit plus indépendant ?**

RÉSISTANCE À L'AIDE DANS LES AVQ

- **Le résident s'oppose-t-il aux soins de bouche ? Si oui, pourquoi (par exemple, voudrait faire lui-même, bouche endolorie, apathie liée à une dépression, absence de motivation, ne s'est jamais occupé de ses dents, approche maladroite de l'équipe, peur) ?**

MOTIVATIONS, CONNAISSANCES

Le résident, qui est indépendant pour ses soins de bouche, a toujours des déchets dans la bouche ou se lave les dents moins d'une fois par jour.

- **Se brosse-t-il bien les dents ?**
- **Connaît-il l'importance de se brosser aussi les gencives ?**
- **A-t-il besoin de démonstration ou d'encouragement pour maintenir une bonne hygiène ?**

MATÉRIEL AUXILIAIRE POUR L'HYGIÈNE BUCCALE

- **Le résident a-t-il essayé ou pourrait-il bénéficier d'une brosse dont le manche est rallongé, d'une brosse électrique ou d'un appareil à aspiration pour se nettoyer les dents ?**
- **Si le résident a un dentier, a-t-il le matériel nécessaire pour le nettoyer (brosse à dentier, produit de nettoyage) ?**

BOUCHE SÈCHE DUE À LA DÉSHYDRATATION OU AUX MÉDICAMENTS

- **Une bouche sèche peut contribuer à la formation de déchets. Les lèvres, la langue, la bouche du résident sont-elles sèches, collantes ou recouvertes d'une pellicule ?**
- **Le résident boit-il assez ? Applique-t-on du baume pour les lèvres à celui qui a des lèvres gercées, douloureuses ou qui saignent ?**
- **Prend-il des médicaments qui dessèchent la bouche (anti-inflammatoires, antihistaminiques, diurétiques, antihypertenseurs, antidépresseurs, neuroleptiques, anticancéreux) ?**
- **Si ces médicaments sont nécessaires, le résident a-t-il essayé des produits substituts de la salive qui stimulent l'hydratation ?**

Antécédents de traitement et autres facteurs à considérer

SENSIBILITÉ OU UNE DOULEUR DANS LA BOUCHE

Elle peut être reliée à un problème mineur que l'on peut soigner facilement (par exemple, irritation des gencives suite à un dentier mal adapté, problème de gencives localisé) ou à un problème plus sérieux (par exemple, un abcès, un cancer, un délabrement de la dentition ou une parodontose). La douleur peut empêcher le résident de manger convenablement.

L'état buccal des résidents qui ont des déficiences intellectuelles et/ou ceux qui ont des difficultés à exprimer leurs besoins est difficile à évaluer. Il est possible qu'ils ne se plaignent pas de douleurs dans la bouche mais qu'ils mangent moins ou qu'ils changent de comportement.

PRÉSENCE DE LÉSIONS, D'ULCÈRES, D'INFLAMMATION, DE SAIGNEMENTS, DE TUMÉFACTIONS OU D'ÉRUPTIONS

Cela peut être la manifestation d'un problème mineur (par exemple, l'irritation due au port du dentier 24 h/24 h) qui disparaît lorsque la cause en est supprimée (par exemple, en combinant des soins de bouche avec la suppression momentanée du dentier). Cependant, ces signes peuvent aussi être dus à des problèmes plus sérieux, parfois même à des urgences dentaires (par exemple, une infection). Si le problème n'est pas résolu après quelques jours d'un traitement local OU si ces signes sont accompagnés de fièvre, de douleur, d'adénopathie (glandes enflées) et/ou d'autres signes locaux d'infection (par exemple, rougeur), de difficulté à mâcher ou à avaler, ou de changements de l'état mental ou du comportement, il faut envisager une consultation du dentiste.

- **Recherchez une candidose (taches blanches qui semblent pouvoir être enlevées — dans toute la bouche, le plus souvent sur la langue) chez les résidents passifs qui ont un ou plusieurs des diagnostics suivants : AVC, maladie d'Alzheimer, Parkinson, angoisses, dépression, diabète, ostéoporose ou septicémie.**

DENTS CASSÉES, BRANLANTES OU CARIÉES

Elles peuvent conduire à d'autres problèmes graves (par exemple, avaler ou aspirer une dent cariée qui tombe). Il faut donc consulter un dentiste même s'il n'y a pas d'urgence.

SI UN RÉSIDENT A PERDU PLUSIEURS OU TOUTES SES DENTS NATURELLES ET N'A PAS DE DENTIER (OU D'APPAREIL PARTIEL)

L'équipe devrait se demander s'il a les facultés et la motivation nécessaires pour en porter un.

- **Un dentiste a-t-il examiné le résident en vue d'un appareillage ?**
- **Pourquoi le résident n'utilise-t-il pas son appareil dentaire ?**
- **Les dents sont-elles en bon état ?**
- **Est-ce qu'elles tiennent bien ?**
- **Permettent-elles de manger et de parler confortablement ?**
- **Le résident aime-t-il son apparence lorsqu'il porte son appareil dentaire ?**
- **Un hygiéniste dentaire a-t-il eu un entretien avec le résident et lui a-t-il fait des recommandations au sujet de l'hygiène de la bouche ?**

EXAMEN PAR UN DENTISTE DEPUIS QUE LE PROBLÈME A ÉTÉ REMARQUÉ

Lorsque vous évaluez un résident qui présente une douleur dans la bouche ou un autre signal d'alarme, vérifiez dans le dossier s'il a été vu par un dentiste depuis que ce problème est apparu.

- **S'est-on occupé de ce problème ?**
- **Quelles ont été les recommandations ?**

UTILISATION D'ANTICOAGULANTS

- **Le résident reçoit-il des anticoagulants constituant un risque de saignement en cas de traitement dentaire ?**
- **Est-ce noté dans le dossier ?**

MALADIE CARDIAQUE VALVULAIRE OU PROTHÈSE (VALVULE CARDIAQUE, PROTHÈSE DE LA HANCHE…)

- **Est-on en présence d'une de ces affections ?**
- **Si c'est le cas, est-ce bien noté dans le dossier, afin de prendre les précautions nécessaires en cas de traitement dentaire ?**

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Des problèmes liés aux soins dentaires et à la santé buccale sont suggérés si un ou plusieurs des éléments suivants sont présents : • Déchets dans la bouche *(soins dentaires)* **[L1a = coché]** • Moins d'un nettoyage des dents ou du dentier par jour *(soins dentaires)* **[L1f = non coché]** • Douleur dans la bouche *(santé buccale)* **[K1c = coché]** • Perte de quelques-unes ou de toutes les dents ET n'a pas, ou ne porte pas, de dentier *(santé buccale)* **[L1c = coché]** • Dents cassées, branlantes ou cariées *(santé buccale)* **[L1d = coché]** • Gencives enflammées, tuméfiées ou qui saignent, abcès dans la bouche, ulcères, éruptions *(santé buccale)* **[L1e = coché]**	***Problèmes associés à prendre en compte :*** • Facultés intellectuelles diminuées **[B1, B4]** • Capacité de comprendre diminuée **[C1, C6]** • Vision déficiente **[D1]** • Résistance à l'aide aux AVQ **[E4e]** • Hygiène personnelle déficiente **[G1j]** • Motivation/connaissance **[voir observation]** • Matériel adapté pour l'hygiène buccale **[voir dossier]** • Bouche sèche due à la déshydratation **[J1c, d]** ou aux médicaments **[voir dans le dossier la liste des médicaments]** ***Antécédents de traitement et autres facteurs à considérer :*** • Douleur ou sensibilité dans la bouche **[K1c]** • Présence de lésions, d'ulcères, d'inflammation, de saignements, de tuméfaction ou d'éruption **[L1e]** • Dents cassées, branlantes ou cariées **[L1d]** • Perte des dents naturelles/pas de dentier **[L1c]** • Examen par un dentiste ou un hygiéniste depuis qu'on a remarqué le problème **[voir dossier]** • Utilisation d'anticoagulants **[voir dossier]** • Maladie valvulaire cardiaque ou valvule artificielle **[I3]**

GAD 16

Escarres

1. Problème

Entre 3 % et 5 % (parfois plus) des résidents des « nursing homes » américains ont des escarres (ulcères de pression). Quelque 60 % des résidents présentent un risque réel d'en développer. Celles-ci peuvent avoir de graves conséquences chez les personnes âgées et leur traitement est coûteux en temps et en argent. Il s'agit d'une des affections les plus fréquentes à soigner ou à prévenir chez les personnes dont la mobilité est restreinte. Des résultats satisfaisants peuvent être obtenus grâce à un programme de traitement préventif ou curatif.

Les buts de l'évaluation sont :

1. de s'assurer qu'il existe un plan de soins pour les résidents atteints d'escarres ;
2. d'identifier les résidents à risque pour lesquels aucun plan de prévention n'est en cours.

2. Signaux d'alarme

Présence ou risque de survenue d'escarres si un ou plusieurs des indicateurs suivants sont présents :

• **Présence d'escarres** [(a)] **(*présence*)**	**[M2 = 1, 2, 3 ou 4]**
• **Problèmes de mobilité dans le lit** [(b)] **(*risque de survenue*)**	**[G1a (A) = 2, 3, 4 ou 8]**
• **État grabataire (*risque de survenue*)**	**[G6a = coché]**
• **Incontinence fécale (*risque de survenue*)**	**[H1a = 1, 2, 3 ou 4]**
• **Affection vasculaire périphérique (*risque de survenue*)**	**[I1j = coché]**
• **Antécédent d'escarres (*risque de survenue*)**	**[M3 = 1]**
• **Peau insensible à la douleur ou à la pression (*risque de survenue*)**	**[M4e = coché]**
• **Contention du tronc quotidienne** [(c)] **(*risque de survenue*)**	**[P4c = 2]**

(a). Les codes 2, 3 et 4 renvoient aussi au GAD État nutritionnel.
(b). Les codes 2, 3 et 4 renvoient aussi au GAD AVQ.
(c). Ce code renvoie aussi aux GAD Chutes et Moyens de contention.

3. Recommandations

Passez en revue les données du MDS énumérées dans les « Clés de lecture » (p. 298) pour examiner la pertinence du type de soins requis.

Maladies, problèmes de santé et traitements qui entraînent des complications

Examinez soigneusement si le résident présente des affections ou reçoit un traitement qui pourrait augmenter le risque de développer des escarres ou de compliquer leur traitement. Ces affections comprennent :

DIABÈTE, MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DÉMENCES

Un affaiblissement intellectuel, particulièrement en cas de démence grave au stade final, peut conduire à l'immobilité.

HÉMIPLÉGIE, HÉMIPARÉSIE, SCLÉROSE EN PLAQUES

La présence de telles maladies peut conduire à l'immobilité.

ŒDÈME

La présence de liquide extra-vasculaire peut gêner la circulation du sang. Si une pression trop forte ou trop longue est exercée sur une région atteinte d'œdème, une plaie peut se former.

NEUROLEPTIQUES, ANTIDÉPRESSEURS, ANXIOLYTIQUES, SOMNIFÈRES

Ces médicaments peuvent produire ou contribuer à produire une diminution de la mobilité, aggraver une incontinence ou augmenter la confusion mentale.

Interventions ou programmes à considérer si le résident présente une nouvelle escarre ou lorsqu'une escarre traitée ne guérit pas

Différents facteurs peuvent expliquer l'apparition de ce problème ; ils devraient vous conduire à réévaluer le traitement en cours et à modifier le plan de soins.

- **Passer en revue les affections médicales du résident, les médicaments et les autres facteurs de risque (par exemple, l'utilisation de moyens de contention physique) afin de déterminer si le plan de soins, incluant prévention et traitement, a envisagé toutes les causes ou complications possibles.**
- **Revoir le plan de soins vis-à-vis des problèmes cutanés et des problèmes de pieds ; vérifier qu'il est bien appliqué (par exemple, le résident est-il changé de position assez souvent pour prévenir la formation d'escarre ?).**

Points à considérer si le résident présente des risques d'escarre mais ne reçoit pas de soins de la peau préventifs

Même en l'absence d'escarre, rechercher pourquoi le résident à risque ne reçoit pas de soins préventifs.

- **Le résident est-il nouveau dans l'unité ?**
- **Existe-t-il pour ce résident peu ou beaucoup de risques de développer une escarre ?**
- **Le personnel est-il préoccupé par d'autres problèmes (par exemple, de comportement) qui masquent les risques d'escarres ?**

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
Présence ou risque de survenue d'escarre si un ou plusieurs des éléments suivants sont présents :	***Autres facteurs de risque ou de complication du traitement d'escarre ou du risque d'escarre :***
• Présence d'escarre(s) (*présence*) [(a)] **[M2a = 1, 2, 3 ou 4]**	• **Maladies ou problèmes de santé :** diabète **[I1a]**, maladie d'Alzheimer **[I1q]**, autre démence **[I1u]**, hémiplégie/hémiparésie **[I1v]**, sclérose en plaques **[I1w],** œdème **[J1g]**.
• Problème de mobilité dans le lit (*risque*) **[G1a (A) = 2,3,4 ou 8]** [(b)]	• **Interventions/mesures prises :** – Lit/fauteuil spécial ou autres coussins anti-escarre **[M5a, M5b]** – Changements de position **[M5c]** – Programmes de nutrition et d'hydratation pour traiter les problèmes de peau **[M5d]** – Soins d'escarre **[M5e]** – Soins de plaie chirurgicale **[M5f]** – Application de pansement (avec ou sans médication locale) excepté aux pieds **[M5g]** – Application de pommade (excepté aux pieds) **[M5h]** – Soins de peau préventifs ou protecteurs (excepté aux pieds) **[M5i]** – Soins préventifs ou protecteurs des pieds **[M6e]** – Pansement aux pieds (avec ou sans médication locale) **[M6f]** – Utilisation de moyens de contention **[P4c, d, e]**
• État grabataire *(risque)* **[G6a = coché]**	
• Incontinence fécale *(risque)* **[H1a = 1,2,3 ou 4]**	
• Maladie vasculaire périphérique *(risque)* **[I1j = coché]**	
• Antécédents d'escarres *(risque)* **[M3 = 1]**	
• Peau insensible à la douleur ou à la pression *(risque)* **[M4e = coché]**	
• Utilisation quotidienne de moyens de contention du tronc *(risque)* [(c)] **[P4c = 2]**	• **Médicaments :** – Neuroleptiques **[O4a]** – Anxiolytiques **[O4b]** – Antidépresseurs **[O4c]** – Somnifères **[O4d]**
(a). Les codes 2, 3 et 4 renvoient aussi au GAD État nutritionnel.	
(b). Les codes 2, 3 et 4 renvoient aussi au GAD AVQ.	
(c). Ce code renvoie aussi aux GAD Chutes et Moyens de contention.	

GAD 17

Utilisation des psychotropes

1. Problème

Les psychotropes sont parmi les produits les plus prescrits chez les personnes âgées en institution. Dans les établissements de soins aux États-Unis, les études indiquent que 35 % à 65 % des résidents reçoivent des médicaments psychotropes.

Correctement et judicieusement employés, ces médicaments peuvent améliorer la qualité de vie des résidents qui en ont besoin. Toutefois, tous les psychotropes peuvent entraîner des effets indésirables ou aggraver des signes ou symptômes pathologiques. Un exemple important en est fourni par l'hypotension orthostatique, état qui s'accompagne d'effets secondaires menaçant gravement la vie. La gravité des effets secondaires de type confusion mentale (*delirium*) dépend de la classe et du dosage du produit, des interactions avec d'autres produits, de l'âge ainsi que de l'état de santé du résident.

Redonner au résident ses meilleures capacités fonctionnelles tout en réduisant les risques liés aux effets secondaires du produit représente un objectif essentiel du traitement. Reconsidérer la prescription d'un psychotrope obéit à des règles simples :

- Apprécier la pertinence de la prescription du produit (c'est-à-dire évaluer le degré et le type de souffrance, la réponse aux interventions non médicamenteuses, le poids des effets secondaires liés au produit par rapport à la souffrance en l'absence du produit). Distinguer le traitement d'une affection psychiatrique diagnostiquée et le traitement de symptômes. Les affections psychiatriques spécifiques (par exemple, schizophrénie, troubles de la personnalité majeurs) ont chacune leur traitement médicamenteux spécifique selon des modalités établies quant à la posologie et la durée du traitement. Toutefois l'établissement d'un diagnostic psychiatrique précis n'implique pas nécessairement un traitement médicamenteux en l'absence de symptomatologie active.
- **Débuter bas et augmenter doucement.** En cas de besoin, les produits psychotropes devraient être introduits à la posologie la plus basse possible. Afin de limiter les effets secondaires, les doses doivent être augmentées doucement jusqu'à obtention de l'effet thérapeutique en restant en deçà du seuil d'apparition des effets indésirables et de la dose maximum recommandée.
- Chaque médicament a ses propres actions et effets secondaires, certains plus marqués que d'autres, ce qui est à apprécier en fonction de l'état de santé du résident et en tenant compte des interactions avec d'autres médicaments.
- Considérer tout symptôme ou déclin de l'état fonctionnel comme un effet secondaire possible du médicament.

2. Signaux d'alarme

Un problème dans l'utilisation des psychotropes est suggéré si les **deux** conditions suivantes sont remplies :

- le résident reçoit un médicament psychotrope (neuroleptique, antidépresseur ou anxiolytique) **[O4a, b, ou c = 1 à 7]** ;
- **ET** au moins un des éléments suivants est présent :

A. Hypotension ou instabilité de la démarche probablement liée au psychotrope si :

• Mouvements répétitifs [a]	**[E1n = 1 ou 2]**
• Équilibre assis	**[G3b = 1, 2, ou 3]**
• Hypotension	**[I1i = coché]**
• Étourdissements, vertiges [b]	**[J1f = coché]**
• Syncope	**[J1m = coché]**
• Instabilité de la marche	**[J1n = coché]**
• Chute dans les 30 derniers jours [b]	**[J4a = coché]**
• Chute dans les 31-180 derniers jours [b]	**[J4b = coché]**
• Fracture de la hanche	**[J4c = coché]**
• Problème de déglutition	**[K1b = coché]**

B. Affaiblissement cognitif ou comportemental probablement lié au médicament si [c] ***:***

• Confusion mentale (*delirium*) ou troubles du jugement	
– Facilement distrait	**[B5a = 2]**
– Épisodes d'altération de la perception de la réalité	**[B5b = 2]**
– Épisodes de discours incohérent	**[B5c = 2]**
– Périodes d'agitation	**[B5d = 2]**
– Périodes de léthargie	**[B5e = 2]**
– Variation de l'état mental au cours de la journée	**[B5f = 2]**
• Détérioration des capacités intellectuelles [c]	**[B6 = 2]**
• Détérioration de la communication	**[C7 = 2]**
• Détérioration de l'humeur [c]	**[E3 = 2]**
• Détérioration du comportement [c]	**[E5 = 2]**
• Dépression	**[I1ee = coché]**
• Hallucinations	**[J1i = coché]**

C. Inconfort probablement lié au médicament si :

• Constipation	**[H2b = coché]**
• Fécalome	**[H2d = coché]**
• Aspiration pulmonaire	**[J1k = coché]**

(a). Ces valeurs de code renvoient aussi au GAD Troubles de l'humeur.
(b). Ces items renvoient aussi au GAD Chutes.
(c). Tous ces items renvoient aussi au GAD État confusionnel aigu (delirium).

3. Recommandations

Si l'un des signaux d'alarme est présent, suivre les deux étapes de la démarche décrite ci-dessous.

Première étape : passer en revue les éléments suivants

1. REVUE DES MÉDICAMENTS (VOIR DOSSIER)

- **Intervalle entre la première prise de médicament et l'apparition du problème**
- **Posologie et fréquence de prise du produit**

- **Nombre de classes de psychotropes pris**
- **Motif de la prescription**

2. REVUE DES PROBLÈMES QUI MODIFIENT LE MÉTABOLISME OU L'EXCRÉTION DU PRODUIT

- **Insuffisance hépatique ou rénale**
- **Épisode(s) aigu(s).**
- **Déshydratation**

3. REVUE DE L'ÉTAT COMPORTEMENTAL, PSYCHIATRIQUE ET/OU DE L'HUMEUR

- **État actuel du problème**
- **Modifications récentes du comportement et de l'humeur**
- **Programme de maîtrise du comportement**
- **Perturbations psychiatriques**

Deuxième étape : recherche des sources possibles d'effets secondaires du médicament

Rechercher un lien entre les effets secondaires indésirables listés ci-dessous et les produits habituellement pris par le résident.

INFORMATIONS PERTINENTES EN CAS D'HYPOTENSION

L'hypotension orthostatique (baisse de pression artérielle au lever) est un des principaux facteurs de risque de chute liée aux psychotropes. Elle s'observe couramment avec les neuroleptiques à puissance modérée (chlorpromazine®, thioridazine®) et avec les antidépresseurs tricycliques. Ces deux classes ont des propriétés anticholinergiques. À l'intérieur de chaque classe, les produits les plus anticholinergiques paraissent produire les plus grands effets hypotenseurs. Des signes d'étourdissement ou de vertiges en passant de la position couchée ou assise à la position debout, une syncope (évanouissement) et des chutes ou fractures sont à considérer comme des indices d'hypotension induits par le psychotrope. De plus, de telles manifestations peuvent être liées à des troubles du rythme cardiaque potentiellement aggravés par un antidépresseur tricyclique. L'apparition de l'un de ces symptômes nécessite l'évaluation des troubles posturaux et des troubles du rythme cardiaque.

MESURE DES SIGNES VITAUX POSTURAUX

Mesurer la pression artérielle et le pouls, le résident étant en décubitus dorsal (couché). Mesurer à nouveau la pression artérielle et le pouls en position debout après une à cinq minutes (si le résident ne peut pas se mettre debout ou rester debout, pratiquer la mesure après qu'il a été mis en position assise). Dans certains cas, des baisses de pression artérielle surviennent plus longtemps après que la personne s'est tenue en position debout. Une baisse de 20 mm Hg de la pression systolique est toujours anormale. Elle est particulièrement significative si elle s'accompagne d'étourdissements ou de perte d'équilibre, ou si la pression artérielle est inférieure à 100 mm Hg. Une baisse importante est significative même si les valeurs inférieures ne sont pas anormales, en particulier chez des résidents atteints d'affection vasculaire cérébrale.

INFORMATIONS PERTINENTES EN CAS DE MOUVEMENTS ANORMAUX

HYPERTHERMIE ET/OU HYPERTONIE MUSCULAIRE

Les neuroleptiques interfèrent avec la régulation thermique et peuvent entraîner un syndrome d'hyperthermie potentiellement mortel. Une hyperthermie accompagnée d'une rigidité musculaire importante fait suspecter un syndrome d'hyperthermie maligne des neuroleptiques. (syndrome malin). Une température au-dessus de 38 °C chez un résident recevant un produit neuroleptique représente une urgence médicale liée à un dérèglement central de la température. Même modérée, l'hyperthermie accompagnée d'une rigidité musculaire sévère reste une urgence médicale. La température doit être contrôlée étroitement chez les résidents sous psychotropes à propriétés anticholinergiques. De plus, des médicaments qui ne sont pas des neuroleptiques à effets anticholinergiques tels que des antidépresseurs peuvent aggraver la fièvre en diminuant la sudation.

MALADIE DE PARKINSON

Ses troubles sont connus pour être aggravés par tout neuroleptique. Il peut être difficile de savoir s'il faut rattacher des signes parkinsoniens (par exemple, tremblement, en particulier des mains ; mouvements d'émiettement, hypertonie au niveau des membres, du cou, du tronc) à la maladie de Parkinson ou à l'administration récente de neuroleptique. Le parti doit être pris de diminuer ou de supprimer les neuroleptiques chez des résidents parkinsoniens sauf indication formelle d'ordre comportemental ou psychotique. L'utilisation de produits antiparkinsoniens doit être envisagée en cas de nécessité d'utiliser des neuroleptiques chez des résidents parkinsoniens.

Cinq types de perturbations des mouvements sont couramment rencontrés chez les résidents recevant des neuroleptiques. Tous ces troubles peuvent altérer la qualité de vie du résident et augmenter les risques d'accident. Les rubriques du MDS citées dans le groupe B des signaux d'alarme représentent les manifestations de ces troubles. Pour déterminer si le résident souffre d'un de ces troubles, tout résident sous neuroleptique devrait être périodiquement examiné afin de dépister les signes suivants :

- **Syndrome extrapyramidal iatrogène (Parkinsonisme).** Comme la maladie de Parkinson, ce syndrome peut comporter N'IMPORTE QUELLE combinaison de tremblements, instabilité posturale, rigidité musculaire des membres, du cou ou du tronc. Bien que le mouvement d'émiettement ou autre tremblement des mains soit le plus courant, d'autres types de tremblement peuvent s'observer. Dans certains cas, un résident parkinsonien peut ne pas présenter de tremblement mais seulement une rigidité ou traîner les pieds à la marche. Ces symptômes répondent aux produits antiparkinsoniens mais pas toujours complètement. La réduction de la posologie ou si possible la substitution d'un produit non neuroleptique est préférable.
- **Akinésie.** Ce trouble se caractérise par une décroissance marquée des mouvements spontanés, entraînant souvent une non-participation aux activités et la négligence de soi. Elle se traite par la réduction du neuroleptique ou l'adjonction d'un antiparkinsonien.
- **Hypertonie.** Ce trouble est marqué par le maintien d'une rigidité du cou et du tronc en une posture non naturelle. Habituellement la tête est soit en hyperextension soit tournée sur le côté. Cet état est inconfortable et un traitement rapide par antiparkinsonien peut aider. La réduction de la posologie ou si possible la substitution d'un produit non neuroleptique est préférable.
- **Akathisie.** Incapacité de rester assis. Ce trouble met le résident en mouvements permanents de marche, balancement ou de mouvements incessants, ce qui peut parfois durer des semaines, même après l'arrêt du neuroleptique. Ce trouble répond parfois à des produits antiparkinsoniens mais moins systématiquement que le syndrome extrapyramidal ou l'hypertonie. Parfois des benzodiazépines ou des béta-bloquants peuvent aider à amender le trouble bien que la réduction de posologie du psychotrope soit la mesure la plus souhaitable, quand elle est possible.

- **Dyskinésie tardive.** Mouvements persistants, et parfois permanents, induits à long terme par les neuroleptiques. Les plus typiques de ces mouvements sont ceux de protraction de la langue ou des mouvements des lèvres de type mâchonnements ou moue par plissement. Ces mouvements involontaires peuvent perturber les fonctions de mâcher et d'avaler. Dans de tels cas, la dyskinésie peut être supprimée par l'élévation des doses de neuroleptiques, **mais le trouble n'en deviendra que plus permanent.** Il est habituellement préférable de réduire ou, si possible, supprimer le neuroleptique car le symptôme de dyskinésie peut, après l'arrêt du traitement, décroître avec le temps. D'autres aspects de dyskinésie tardive comportent des mouvements anormaux des membres, tels que des contorsions répétées des mains et des bras ou des mouvements de balancement ou de torsion du buste. Il n'existe pas de traitement vraiment efficace. La suppression du neuroleptique peut entraîner après plusieurs mois une régression des signes dans environ 50 % des cas.

INFORMATIONS PERTINENTES EN CAS DE PERTURBATION DE LA MARCHE (AUTRE QU'INDUITE PAR LES NEUROLEPTIQUES)

Les benzodiazépines à longue durée d'action, par les perturbations de l'équilibre de la marche et du maintien des positions qu'elles entraînent, sont impliquées dans l'augmentation du risque de chutes avec leurs conséquences traumatiques. Elles provoquent aussi un effet sédatif marqué, souvent manifesté par une perte de la mémoire à court terme, un déclin des capacités cognitives, une dysarthrie, une somnolence matinale ou un effet sédatif tout au long du jour et un désengagement avec peu ou pas d'activité. Si un tranquillisant est indiqué pour traiter un trouble anxieux, une benzodiazépine à courte durée d'action ou la buspirone est préférable à des benzodiazépines à longue durée d'action. La buspirone n'est pas sédative et son action porte sur plusieurs semaines. La posologie doit être augmentée très progressivement.

INFORMATIONS PERTINENTES EN CAS DE DÉTÉRIORATION COGNITIVE OU DU COMPORTEMENT

- **Confusion mentale aiguë/delirium.** Le syndrome de confusion aiguë ou delirium, signalé par les items du MDS, peut être causé ou aggravé par des psychotropes de toutes les principales classes. Si l'épisode confusionnel aigu n'est pas relié à une maladie ou à une dépression grave, le psychotrope doit être soupçonné d'en être la cause. La mise en évidence d'un lien entre la première administration du psychotrope et l'apparition d'un changement dans l'état cognitif est du plus haut intérêt.
- **Dépression.** Les tranquillisants comme les neuroleptiques peuvent entraîner des effets secondaires sous forme de dépression ou d'aggravation de la dépression d'un résident atteint d'un trouble affectif majeur et qui recevrait ces produits au lieu d'un traitement antidépresseur spécifique.
- **Hallucinations/idées délirantes.** Bien que ces manifestations soient souvent symptomatiques d'un trouble mental, toutes les grandes classes de psychotropes peuvent de fait provoquer ou aggraver des hallucinations. Les antidépresseurs, les neuroleptiques les plus anticholinergiques et les benzodiazépines à relativement courte durée d'action, tels que le triazolam et le lorazepam sont parmi les plus souvent impliqués comme facteurs provoquant des hallucinations visuelles. Celles-ci, chez les personnes âgées, traduisent pratiquement toujours une perturbation cérébrale (par exemple, delirium) plutôt qu'une affection psychiatrique.
- **Grandes fluctuations des performances entre le matin et le soir.** Toutes les classes de psychotropes peuvent perturber les capacités du résident à réaliser les AVQ. Établir le lien entre le moment de prise du médicament et la modification des performances est utile pour évaluer le problème.
- **Déclin des fonctions cognitives ou de la communication.** Tout déclin de ces fonctions peut être induit par le produit et impose de rechercher le lien entre ce déclin et l'introduction ou un changement de médicament. Toutes les principales classes de psychotropes peuvent entraîner une dété-

rioration de la mémoire et des autres fonctions cognitives chez des résidents vulnérables. Si la perte de mémoire des résidents est surtout liée à des affections démentielles ou à d'autres affections neurologiques, les produits psychotropes et en particulier ceux dotés d'effets secondaires anticholinergiques ainsi que les benzodiazépines à longue durée d'action contribuent certainement à la détérioration de la mémoire. À l'inverse, le traitement d'une dépression ou d'une psychose peut objectivement améliorer la mémoire qui a été perturbée par une maladie mentale sévère. Si l'on observe une aggravation de l'amnésie après introduction de psychotropes ou élévation de leur posologie, envisagez la réduction ou l'arrêt de ce traitement ou la substitution par un produit moins anticholinergique. Pour un résident anxieux, une benzodiazépine à courte durée d'action ou la buspirone est préférable à une benzodiazépine à longue durée d'action.

- **Altération de l'humeur.** (Se rapporter au paragraphe « dépression » ci-dessus.)
- **Altération du comportement.** Des troubles du comportement peuvent être aggravés et précipités par des psychotropes qui favorisent la confusion, altèrent les perceptions et favorisent l'agitation.
- **Altération des AVQ.** Par ses effets secondaires, le médicament psychotrope doit toujours être suspecté chez un résident qui devient plus dépendant dans les AVQ. De plus, les psychotropes peuvent précipiter ou aggraver l'incontinence vésicale, par une modification de l'état cognitif ou par une action directe sur le fonctionnement de la vessie.

QUESTIONS PERTINENTES EN CAS D'INCONFORT

- **Déshydratation ; régime alimentaire pauvre en fibres, manque d'exercice**
- **Constipation ou fécalome.** Tout psychotrope anticholinergique peut provoquer ou aggraver la constipation ; cet effet est particulièrement marqué avec les antidépresseurs tricycliques et avec les neuroleptiques relativement peu puissants comme la chlorpromazine ou la thioridazine. Les cas les moins sévères de constipation peuvent être traités par divers laxatifs et l'augmentation d'ingestion d'eau ; les constipations plus sévères impliquent de substituer un agent moins anticholinergique, de diminuer ou arrêter si possible le psychotrope. Les tranquillisants peuvent favoriser la constipation si leur effet sédatif est tel qu'il réduit la prise de liquides ou les exonérations. Ce problème peut être réglé en passant à une drogue moins sédative, en diminuant la posologie ou en arrêtant si possible l'administration du tranquillisant.
- **Rétention urinaire.** Cette situation peut se manifester par l'impossibilité d'uriner ou par l'apparition ou l'aggravation d'une incontinence urinaire (liée au regorgement de l'urine d'une vessie pleine et qui ne s'évacue pas complètement). Tous les psychotropes anticholinergiques peuvent provoquer ou aggraver une rétention urinaire, en particulier chez les personnes présentant une hypertrophie prostatique. La meilleure solution consiste à substituer un produit moins anticholinergique ou à diminuer ou arrêter si possible le psychotrope.
- **Sécheresse buccale.** Ce trouble est un effet habituel de tous les psychotropes anticholinergiques. La sécheresse buccale peut accroître les difficultés à mâcher ou à avaler. Substituer un produit moins anticholinergique peut être bénéfique. Les autres remèdes consistent en salive artificielle ou fourniture de bonbons sans sucre (le sucre favorise les caries).

Quand arrêter un traitement médicamenteux ?

1. Quand le traitement médicamenteux est inefficace après une période d'essai raisonnable, il doit être arrêté ou modifié. La définition du caractère « raisonnable » de la période d'essai dépend de la classe thérapeutique et de l'indication.

2. Quand un traitement est efficace mais entraîne des effets secondaires gênants, il faut soit diminuer les doses, soit lui substituer un agent thérapeutique équivalent moins à même d'entraîner l'effet secondaire en cause. En cas d'impossibilité ou si, malgré tout, les symptômes réapparaissent, un traitement spécifique de l'effet secondaire gênant doit être envisagé. Par exemple, si le meilleur traitement de la dépression d'un résident entraîne une constipation, on peut prescrire des émollients, des laxatifs ou un apport en fibres.
3. Quand un traitement est efficace et n'entraîne pas d'effets secondaires gênants, il peut être continué pour une période limitée après laquelle il faut viser à diminuer et si possible arrêter le produit.
4. La prescription de psychotropes ne devrait être permanente et indéfinie que dans les cas où les troubles sont réapparus au moins lors de deux précédents essais de diminution du traitement après administration sur une période suffisante.

Clés de lecture

PARTIE I

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
UN PROBLÈME DANS L'UTILISATION DES PSYCHOTROPES EST SUGGÉRÉ SI LES DEUX CONDITIONS SUIVANTES SONT REMPLIES : • le résident reçoit un médicament psychotrope (neuroleptique, antidépresseur ou anxiolytique) **[O4a, b, ou c = 1 à 7]** • **ET** au moins un des éléments suivants est présent : ***A. Hypotension ou instabilité de la démarche probablement liée au psychotrope si :*** • Mouvements répétitifs [a] **[E1n = 1 ou 2]** • Équilibre assis **[G3b = 1, 2 ou 3]** • Hypotension **[I1i = coché]** • Étourdissements, vertiges [b] **[J1f = coché]** • Syncope **[J1m = coché]** • Instabilité de la marche **[J1n = coché]** • Chute dans les 30 derniers jours [b] **[J4a = coché]** • Chute dans les 31-180 derniers jours [b] **[J4b = coché]** • Fracture de la hanche **[J4c = coché]** • Problème de déglutition **[K1b = coché]** ***B. Affaiblissement cognitif ou comportemental probablement lié au médicament si :*** [c] • *Delirium*, perturbations du raisonnement – Facilement distrait **[B5a = 2]** – Épisodes d'altération de la perception de la réalité **[B5b = 2]**	***Pour le résident concerné, revoir les éléments suivants :*** • **Revoir les médicaments [voir dossier] :** – intervalle entre l'introduction du médicament et la survenue du problème – posologie et fréquence des prises – nombre de classes de psychotropes pris – motif de la prescription • **Revoir les troubles modifiant le métabolisme ou l'excrétion du médicament :** insuffisance hépatique/rénale **[I1qq, I3]**, épisode aigu **[J5b]**, déshydratation **[J1c]**. • **Revoir l'état comportemental/de l'humeur :** état actuel du problème **[E1, E2, E4]**, changements récents **[E3, E5],** plan de maîtrise du comportement **[P1be, P2],** diagnostics psychiatriques **[I1dd, ee, ff, gg]**. ***Clarifier l'information sur l'hypotension :*** • Variations de signes vitaux aux changements de postures **[voir examen]** • Produits fortement anticholinergiques [**dossier**] ***Clarifier l'information sur les mouvements anormaux :*** • Hyperthermie **[J1h] ET/OU** rigidité musculaire **[voir dossier, observation]** • Tremblement, notamment des mains ; activité d'émiettement ; raideur musculaire des membres, cou, tronc (SEP) **[I1y ; voir dossier, observation]** • Diminution marquée des mouvements spontanés (akinésie) **[voir dossier, observation]** • Raideur posturale non naturelle, inconfortable du cou ou du tronc (dystonie) **[voir dossier, observation]** • Agitation, incapacité de rester tranquille (akathisie) **[voir dossier, observation]** • Mouvements persistants de la bouche (p. ex. : protraction de la langue, mouvements de mâchonnement, de moue, de plissement des lèvres **ET/OU** posture particulière, récidivante des membres/tronc (dyskinésie tardive) **[voir dossier, observation]**

(a). Ce code renvoie aussi au GAD Troubles de l'humeur.

(b). Ces items renvoient aussi au GAD Chutes.

(c). Ces items renvoient aussi au GAD État confusionnel aigu (*delirium*).

Clés de lecture

PARTIE 2

SIGNAUX D'ALARME *(SUITE)*	RECOMMANDATIONS *(SUITE)*
– Épisodes de discours incohérent **[B5c = 2]**	***Clarifier l'information sur les troubles de la marche :***
– Périodes d'agitation **[B5d = 2]**	• Benzodiazépines de longue durée d'action **[voir dossier]**
– Périodes de léthargie **[B5e = 2]**	– Augmentation récente de posologie **[voir dossier]**
– Variation de l'état mental au cours de la journée **[B5f = 2]**	• Perte de la mémoire à court terme ; détérioration cognitive **[B6]** ; trouble de la parole **[C5]**
• Détérioration de l'état cognitif (c) **[B6 = 2]**	• Somnolence matinale **[E1k ; N1a]**, désinvestissement des activités **[N2]**
• Détérioration de la communication **[C7 = 2]**	***Clarifier l'information sur la détérioration cognitive/comportementale :***
• Détérioration de l'humeur (c) **[E3 = 2]**	Si **aucun** des troubles suivants n'est présent, les **effets secondaires** du psychotrope peuvent être considérés comme une **cause principale** du problème :
• Détérioration du comportement (c) **[E5 = 2]**	• Confusion aiguë (*delirium*) liée à une affection médicale **[B5]**
• Dépression **[I1ee = coché]**	• Dépression **[I1ee]**
• Hallucinations **[J1i = coché]**	***Clarifier les éléments d'inconfort liés au médicament :***
C. Inconfort probablement lié au médicament si :	• Déshydratation **[J1c]** ; réduction des ingestions, manque d'exercice **[voir dossier]** ; constipation **[H2b],** fécalome **[H2d]**, rétention urinaire **[I3 ; voir dossier]**
• Constipation **[H2b = coché]**	• Autre inconfort lié au médicament et pouvant nécessiter une solution : sécheresse buccale en présence de neuroleptique ou antidépresseur **[voir observation].**
• Fécalome **[H2d = coché]**	
• Aspiration pulmonaire **[J1k = coché]**	
(c). Tous ces items renvoient aussi au GAD État confusionnel aigu *(delirium)*.	

GAD 18

Contention physique

1. Problème

Des études faites dans les « nursing homes » américains montrent que 30 à 40 % des résidents font l'objet d'une contention physique. Cette situation est très préoccupante car la contention entraîne des effets négatifs comme une diminution de l'activité physique (par exemple, faculté de déambuler), une détérioration de la condition musculaire, des rétractions, une incidence accrue d'infections et le développement d'escarres, du *delirium*, de l'agitation et de l'incontinence. De plus cette pratique peut, dans certains cas, augmenter l'incidence des chutes ou d'autres accidents (par exemple, une strangulation). Finalement les résidents qui sont attachés accusent une perte d'autonomie, de dignité et de respect de soi. En effet, l'utilisation de contraintes physiques sape les objectifs majeurs du soin prolongé qui sont de respecter l'autonomie, d'augmenter autant que possible la capacité fonctionnelle et la qualité de vie. Ainsi l'objectif de diminuer ou d'éliminer la contention physique devrait être prioritaire, tant pour la pratique des soins que d'un point de vue légal.

La première justification invoquée pour utiliser ces moyens serait d'éviter les chutes et accidents. Les établissements craignent d'éventuelles poursuites légales et plaintes à la suite de chutes du résident. D'autres arguments sont avancés pour légitimer la contention comme procurer un soutien physique ou assurer le maintien d'une position, faciliter un traitement (par exemple, empêcher le résident d'arracher le matériel de perfusion ou l'intubation naso-gastrique) et contrôler des comportements tels que l'errance ou l'agressivité physique.

Les soignants savent par expérience que les objectifs institutionnels peuvent souvent être atteints sans recourir à la contention physique avec ses conséquences négatives. Ceci implique d'abord d'identifier et de traiter les problèmes de santé, fonctionnels ou psychosociaux qui peuvent entraîner la situation pour laquelle la contention est ordonnée (par exemple, chutes, errance, agitation). Limiter l'utilisation de la contention implique aussi le recours à des plans de soins alternatifs comme modifier l'environnement pour le rendre plus sûr, faciliter les occupations individuelles habituelles, utiliser des méthodes moins agressives d'administration des médicaments et de la nourriture, reconnaître et répondre aux besoins du résident en soutien psychosocial, offrir des soins de santé adéquats, des activités adaptées et des exercices physiques réguliers.

2. Signaux d'alarme

DÉFINITION

La contention physique comprend toute méthode manuelle ou dispositif physique ou mécanique, tout matériel ou équipement attaché ou contigu au corps du résident, que ce dernier ne peut pas enlever facilement et qui limite sa liberté de mouvements ou l'accès normal à son propre corps.

Un problème de contention physique est suggéré si un au moins des éléments suivants est présent :

• Contention du tronc [a]	**[P4c = 1 ou 2]**
• Contention des membres	**[P4d = 1 ou 2]**
• Utilisation de sièges spéciaux, d'attaches au fauteuil	**[P4e = 1 ou 2]**

(a). La valeur de code 2 renvoie aussi au GAD Escarres. Les codes 1 et 2 renvoient au GAD Chutes.

3. Recommandations

Dans l'évaluation ou la réévaluation de l'usage de la contention sur un résident, considérer les besoins, les problèmes, les conditions ou les risques (par exemple, de chutes) qui, si on y répond correctement, peuvent éliminer le besoin de recourir à la contention. Référez-vous aux « Clés de lecture » à la fin de ce GAD (p. 312) pour les rubriques pertinentes du MDS, à mesure que vous passez en revue les éléments énumérés ci-dessous.

Pourquoi des moyens de contention sont-ils utilisés ?

La première étape pour apprécier si l'utilisation de moyens de contention peut être réduite ou supprimée consiste à identifier les raisons qui ont fait y recourir.

- **Revoir le dossier du résident et consulter les soignants afin de préciser les raisons de la contention.**

Poser, par exemple, les questions suivantes :

- **Pourquoi le résident est-il attaché ?**
- **Quel(s) type(s) de moyens de contention est(sont) utilisé(s) ?**
- **Durant quelle période du jour ou de la nuit chaque type de moyen de contention est-il utilisé ?**
- **Où est-il appliqué (par exemple, au lit, dans la chambre, au fauteuil, dans le couloir) ?**
- **Combien de temps le résident est-il attaché chaque jour ?**
- **À quelles occasions (par exemple, lorsqu'il est laissé seul, après le départ de proches, quand il n'est pas occupé à des activités structurées, lors du repas) ?**
- **Qui a proposé d'attacher le résident (par exemple, l'équipe, la famille, le résident) ?**

Problèmes associés à l'utilisation de la contention physique

Il est possible d'identifier et de résoudre les besoins, risques ou problèmes de santé, fonctionnels ou psychosociaux qui ont motivé l'utilisation de la contention physique. En étudiant les facteurs ou causes sous-jacents, l'équipe peut éliminer le besoin apparent de recourir à la contention. De plus, l'examen des besoins, risques ou problèmes sous-jacents peut aider à identifier d'autres possibilités de traitement. Après avoir précisé pourquoi et comment la contention est utilisée, passez en revue les éléments décrits ci-dessous.

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Pour préciser l'existence d'un trouble du comportement, revoir le MDS. Si le comportement pour lequel le résident est attaché n'existait pas dans les 7 derniers jours, est-ce parce que la contention en empêchait

l'expression (par exemple, le résident était attaché et ne pouvait pas errer) ? Si le trouble du comportement existait durant les 7 derniers jours ou si le résident était attaché pour prévenir un trouble du comportement, considérez que le résident a un trouble du comportement et revoyez le GAD qui s'y rapporte.

RISQUE DE CHUTES

Bien qu'il **ne soit pas démontré** que la contention protège les résidents des accidents, la prévention des chutes est une des raisons les plus couramment avancées dans les services pour attacher des résidents. Il a pu être démontré que l'usage de moyens de contentions physiques peut entraîner des chutes et blessures. Devant les complications liées à cette pratique, bien des médecins et soignants en gériatrie recommandent, pour prévenir les chutes, la recherche d'alternatives telles que le traitement des problèmes de santé et la modification de l'environnement.

- **Revoyez les facteurs de risque de chutes des « Clés de lecture » à la fin de ce GAD (p. 312). Reportez-vous au GAD Chutes (p. 274) si ces risques existent ou si la contention est utilisée pour prévenir des chutes.**

PROBLÈMES ET TRAITEMENTS

Une fracture de la hanche, un état morbide aigu sont parfois à l'origine de la contention. Une autre raison avancée aussi pour utiliser des moyens de contention est d'empêcher le résident d'arracher des tubulures.

Si le résident est attaché pour l'empêcher de s'opposer à la pose d'un quelconque type d'intubation ou autre appareillage (par exemple, cathéter interne/externe, sonde d'alimentation, tubulure intraveineuse, canule/masque d'oxygénothérapie, pansements), revoir les éléments décisionnels suivants :

- **La sonde ou l'appareillage sont-ils utilisés pour traiter une situation où la vie du résident est en danger ?**
- **L'état du résident justifie-t-il réellement ce mode d'action potentiellement perturbant pour lui ?**
- **Existe-t-il des possibilités thérapeutiques moins agressives ?**
- **Pourquoi le résident réagit-il contre ce traitement ? Par exemple, le dispositif entraîne-t-il inconfort ou irritation ? Le résident résiste-t-il ou est-il seulement agacé par ce matériel ? Le traitement correspond-il aux attentes du résident ? Le résident comprend-il les raisons du choix de telle méthode de traitement ? Le résident et la famille ont-ils été informés des risques et bénéfices respectifs des différentes options thérapeutiques ?)**
- **Face à des manifestations pathologiques menaçant la vie (par exemple, déshydratation, déséquilibre électrolytique, obstruction des voies urinaires), une contention physique est temporairement légitime pour fournir le traitement salvateur nécessaire. Une contention physique, durant des périodes brèves, est légitime pour permettre de procéder au traitement médical, si le consentement au traitement par le résident ou son tuteur est acquis et enregistré.**
- **Lorsque se pose un problème de sonde urinaire, revoir le GAD Incontinence urinaire afin de rechercher des solutions alternatives.**
- **En présence d'une sonde gastrique, revoir le GAD Alimentation par sonde (p. 282).**

INDÉPENDANCE DANS LES AVQ

Dans de rares cas, la contention physique peut stimuler la capacité du résident à devenir plus indépendant, si la contention est utilisée pendant un temps limité et correspond à un besoin.

Examinez le MDS pour préciser si la contention contribue à l'indépendance dans une activité (par exemple, un soutien du tronc par ceinturage en fauteuil roulant permettant au résident de propulser les roues lui-même, un fauteuil gériatrique adapté utilisé seulement durant le repas permettant à un résident agité de s'alimenter lui-même).

PROBLÈMES CONCOMITANTS À CONSIDÉRER

De nombreux troubles du comportement peuvent provenir de la non-réponse à des besoins de santé fonctionnels ou psychosociaux qui sont susceptibles d'être réduits, supprimés ou maîtrisés en réglant les problèmes qui les ont engendrés (voir le GAD Troubles du comportement).

- ***Delirium* (état confusionnel aigu).**
- **Affaiblissement cognitif.**
- **Altération de la communication (par exemple, difficulté à être compris dans l'expression de ses besoins ou de ses désirs ou difficulté à comprendre).**
- **Insatisfaction de besoins psychosociaux (c'est-à-dire isolement social, changement des habitudes, conflit avec des proches).**
- **Tristesse ou anxiété.**
- **Résistance aux soins, refus des médicaments, de l'alimentation.**
- **Effets indésirables d'un psychotrope (par exemple, agitation motrice, confusion, perturbation de la marche).**
- **Si un programme de maîtrise du comportement est mis en œuvre, est-il adapté aux causes à l'origine des problèmes propres au résident ?**

Autres facteurs à prendre en compte

RÉPONSE DU RÉSIDENT AUX CONTENTIONS

Pour évaluer l'usage de la contention, il importe de vérifier la réaction du résident à ces entraves (par exemple, la réaction est-elle positive ou négative, est-ce de la passivité, de la colère, un accroissement de l'agitation, du repli, des supplications pour qu'on le libère, des appels à l'aide, des tentatives répétées de se détacher ou de se libérer ?). Ceci aidera à préciser si les effets secondaires négatifs l'emportent sur les bénéfices attendus.

Revoyez les rubriques du MDS concernant les autres effets négatifs possibles de la contention physique, tels que la diminution de l'indépendance fonctionnelle, du contrôle des fonctions corporelles, la détérioration de l'état cutané, de l'humeur et de l'état cognitif, depuis que la contention est employée.

SOLUTIONS ALTERNATIVES À L'UTILISATION DES MOYENS DE CONTENTION

Bien des interventions sont susceptibles d'être aussi efficaces, ou même plus efficaces, que la contention physique pour répondre aux besoins du résident tant pour sa sécurité que pour la maîtrise de ses problèmes. Pour être efficace, l'intervention doit viser le problème sous-jacent.

- **Revoyez le dossier du résident et interrogez l'équipe pour préciser si une alternative à la contention a été essayée.**
- **Si oui, quelle était cette alternative ?**
- **Combien de temps cette alternative a-t-elle été essayée ?**

- **Quelle fut la réaction du résident à cette alternative ?**
- **Si cette alternative s'est avérée inefficace, une autre solution a-t-elle été tentée ? Si oui, laquelle ?**
- **Quand a-t-on pris d'autres mesures que l'utilisation de moyens de contention ?**

PHILOSOPHIE ET ATTITUDES

Réévaluez l'utilisation des moyens de contention chez un résident en tenant compte de sa philosophie, de ses valeurs, attitudes et souhaits concernant cette pratique ainsi que de ceux de la famille, de l'entourage et des soignants. Prenez aussi en considération l'impact de ces pratiques sur l'environnement et le moral du service.

- **Y a-t-il consensus ou discordance entre les personnes concernées quant au choix entre indépendance et liberté du patient ou une présumée sécurité ?**

Clés de lecture

SIGNAUX D'ALARME	RECOMMANDATIONS
En présence d'un ou plusieurs des éléments suivants, examiner l'efficacité, les effets secondaires et les autres solutions possibles :	***Passer en revue les facteurs et complications liées à l'usage de la contention physique :***
• Contention du tronc [(a)] **[P4c = 1 ou 2]**	• **Troubles du comportement** : agitation motrice **[E1n],** tout problème du comportement **[E4],** partie d'un programme de maîtrise du comportement **[P1be, P2 ; voir dossier]**.
• Contention des membres **[P4d = 1 ou 2]**	• **Risque de chutes :** vertiges **[J1f],** chutes **[J4a, J4b]** ; anxiolytique **[O4b]**, antidépresseur **[O4c]**
• Utilisation d'un fauteuil gériatrique **[P4e = 1 ou 2]**	• **Problèmes et traitements :** cathéter **[H3c, d]** ; fracture de hanche **[J4c, I1m]**, état instable ou aigu **[J5a, b]**, dispositif parentéral/intraveineux et/ou gastrique **[K5a, b]**, soin/traitement de plaie **[M5f, g, h, i]**, médications intraveineuses **[P1ac]**, respirateur/oxygénothérapie **[P1ag, P1al]**.
	• **Indépendance dans les AVQ [G1]**
	• **Facteurs concomitants à considérer** : – *Delirium* **[B5]** – Perte cognitive/démence **[B2, B4]** – Communication altérée **[C4, C6]** – Tristesse ou anxiété **[E1, E2]** – Opposition au traitement, aux médications ou à l'alimentation **[E4e]** – Besoins psychosociaux non satisfaits **[F1, F2, F3]** – Effets indésirables des psychotropes **[voir dossier, J1e, f, h, i, m, n]**
	• **Autres facteurs à considérer :** Réaction du résident à la contention ; utilisation de solutions alternatives ; philosophie, valeurs, souhaits, attitudes au sujet de la contention du résident, de sa famille, de l'équipe **[voir dossier, observation, discussion]**.

(a). Le code 2 renvoie aussi au GAD Escarres. Les codes 1 et 2 renvoient au GAD Chutes.

GAD 19

Douleur

1. Objectif

Identifier les résidents dont les capacités fonctionnelles sont limitées par une douleur. Il peut s'agir d'un effet direct, d'une crainte de douleurs, d'une perturbation des relations interpersonnelles du résident à cause de la douleur ou d'effets secondaires des antalgiques. La plupart des résidents peuvent être classés comme ayant des douleurs aiguës ou chroniques bien qu'il soit parfois difficile de faire de telles distinctions. Les procédures d'évaluation et de prise en charge sont alors différentes. Ceux qui souffrent de *douleurs aiguës* requièrent une évaluation qui inclura des mesures diagnostiques et thérapeutiques au-delà de l'histoire de la douleur. Il peut y avoir quelque urgence à pratiquer de telles explorations afin qu'une thérapeutique spécifique puisse être proposée. Les personnes atteintes de *douleurs chroniques* nécessitent aussi une évaluation diagnostique. Beaucoup d'entre elles ont déjà entrepris une telle évaluation et pour elles la priorité est le contrôle de leur douleur avec le minimum d'effets secondaires.

2. Signaux d'alarme

Un problème de douleur est probable si :
• Le résident se plaint ou montre qu'il a mal. [J2a = 1-2]

3. Définition

La douleur « est une sensation et une expérience psychologique désagréable associée à des altérations tissulaires présentes ou potentielles, ou décrites en ces termes » (Association internationale pour l'étude de la douleur).

La dimension initiale de la douleur est sensorielle suivie d'un retentissement sur les plans psychologique, cognitif, comportemental et fonctionnel. La douleur étant une manifestation subjective, est décrite au mieux par la personne qui en souffre et il n'est pas possible de la mesurer de façon objective. Dès lors les professionnels devront écouter ce que le résident dit et prendre en considération ses plaintes, **en évitant de porter un jugement**.

La douleur peut être décrite comme une sensation d'oppression, d'engourdissement, d'enraidissement, une impression de froid, de chaleur, etc. L'observation du comportement et de l'état fonctionnel du résident est également une autre source utile d'information, notamment quand il ne peut s'exprimer verbalement ou est incapable de décrire ses symptômes de façon adéquate.

NdT : Ce GAD est repris sans modification du manuel *RAI-domicile* et ne figure pas dans la version originale en langue anglaise du manuel *RAI-institution*. Les signaux d'alarme sont ceux du *MDS RAI-institution* version 2.0.

4. Contexte

De très nombreux résidents déclarent qu'ils souffrent de douleurs et que cela retentit sur leur qualité de vie. Plus encore, dans la mesure où pour un grand nombre d'entre eux la fréquence de la douleur persiste au cours du temps, il est clair que les professionnels ne prêtent pas suffisamment d'attention à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

Certains résidents ne se plaignent pas de douleurs dans la mesure où ils les considèrent comme normales à leur âge. De nombreux soignants peuvent dès lors croire que les personnes âgées ont moins besoin d'antalgiques qu'il ne serait nécessaire. Dans tous les cas, la douleur peut être responsable de multiples conséquences physiques, fonctionnelles, psychologiques ou sociales. Elle peut de même limiter les activités de la vie quotidienne, perturber le sommeil, affecter l'appétit, altérer l'humeur et les fonctions mentales. Finalement la douleur peut restreindre la mobilité, d'où une perte de la force musculaire et une augmentation du risque de chute. Dans la plupart des cas, le soulagement effectif de la douleur est possible et peut entraîner une amélioration dans de nombreux domaines ou fonctions, résoudre des problèmes considérés comme résistant à toute intervention et augmenter le bien-être et la qualité de vie du résident.

5. Recommandations

Étant donné la nature de ce problème, les différents intervenants doivent travailler en collaboration étroite, interroger les proches et consulter le médecin traitant. Dans des situations difficiles, le recours à une équipe spécialisée dans le traitement des douleurs peut être indiqué (quand de telles équipes existent).

DESCRIPTION DE LA DOULEUR

Demandez au résident (ou aux proches s'il y a lieu) de décrire la douleur :

- **Début.** Déterminez si la douleur est nouvelle (apparue dans les 7 derniers jours), récente (dans les 3 derniers mois) ou plus ancienne (depuis plus de 3 mois).
- **Changement.** Demandez si la douleur a changé de caractère ou d'intensité dans les 7 derniers jours et dans ce cas faites décrire les changements.
- **Localisation.** Déterminez aussi précisément que possible l'endroit du corps où la douleur se manifeste.
- **Type et fréquence.** Recherchez si la douleur est permanente ou intermittente et faites préciser la fréquence, la durée et les circonstances dans lesquelles la douleur survient.
- **Intensité.** Déterminez l'intensité de la douleur en demandant au résident de la graduer sur une échelle allant de « 0 » (pas de douleur) à « 10 » (la pire douleur possible). S'il ne peut s'exprimer ou ne peut décrire la douleur de façon adéquate, demandez à un proche d'indiquer les signes et symptômes dans le comportement du résident qui peuvent indiquer la présence de douleur (posture, difficulté à la marche, pleurs, limitation d'activités) et ce qui peut la soulager.
- **Caractère.** Décrivez la douleur à travers les dires du résident. S'agit-il de piqûre, brûlure, coupure, etc. ?
- **Facteur aggravant ou soulageant**. Demandez au résident quelles sont les circonstances qui aggravent ou diminuent la douleur.
- **Médicaments.** Passez en revue la liste des médicaments que le résident prend pour diminuer la douleur (qu'ils soient prescrits ou non), comment ils sont utilisés et s'ils la soulagent effectivement.

QUELQUES MESURES SIMPLES ET IMMÉDIATES À ENVISAGER

Il est important de déterminer, chaque fois que cela est possible, l'étiologie de la douleur qu'elle soit aiguë ou chronique. Cela requiert toujours l'implication d'un médecin. Néanmoins, rappelez-vous que la douleur peut être soulagée en « stabilisant la cause » ou en recourant à d'autres modalités simples (par exemple, procurer de la chaleur ou du froid, changer de position, masser l'endroit douloureux). De même, des modifications simples du mobilier (coussins, matelas, etc.) ou de l'environnement (éclairage, bruit, aération, etc.) peuvent contribuer à soulager la douleur.

CONSÉQUENCES DE LA DOULEUR

Il est également souvent utile d'agir non seulement sur la douleur et ses causes, mais aussi sur ses conséquences. Ceci peut être utile pour évaluer l'intervention qui ne soulage que partiellement la douleur. Soyez conscient des effets secondaires (par exemple, nausée, somnolence) de nombreuses interventions. Il est aussi essentiel de noter ce qui est approprié pour soulager la douleur, quelle que soit l'étiologie, même si la cause n'est pas identifiée après une évaluation approfondie. Le travail en équipe avec le médecin traitant pour les prescriptions des médicaments (nature, doses et périodicité) peut entraîner une amélioration spectaculaire. Si la douleur n'est pas soulagée de façon satisfaisante dans la période de temps programmée, une évaluation complémentaire et un changement dans la prise en charge peuvent être nécessaires.

AUTEURS

Jean-Noël DuPasquier, Ph.D.
Verena Luschinger, R.N.
Nathalie Steiner, M.D.
Catherine Favario-Constantin, R.N.
Charles-Henri Rapin, M.D.
Ian Blair Fries, M.D.

GAD 20

Soins palliatifs

1. Objectif

Évaluer les besoins globaux des personnes qui désirent recevoir des soins palliatifs.

2. Signaux d'alarme

En présence d'au moins une des situations ci-dessous, procédez à l'examen du dossier pour savoir si des soins palliatifs sont indiqués :

- **Maladie en phase terminale, avec six mois au plus à vivre [J5c = coché]**
- **Soins palliatifs [P1o = coché]**

3. Définition

L'expression *soins palliatifs* désigne les soins de domaines multiples administrés à des personnes atteintes d'une maladie en phase terminale dans le but non pas de les guérir mais d'atténuer leurs symptômes et d'améliorer la qualité du reste de leur vie.

4. Contexte

La décision de passer des soins curatifs aux soins palliatifs est souvent prise à la fin de la vie d'une personne, lorsque le décès est imminent (quelques semaines ou mois). Il peut parfois arriver que des personnes aient besoin de soins palliatifs avant la fin de leur vie. Décider du moment où il faut passer aux soins palliatifs peut se révéler difficile, car la distinction à faire entre les personnes mourantes et celles qui ne le sont pas est toujours subjective. Il est plus facile de faire cette distinction lorsque les traitements curatifs offerts aux malades sont limités. Mais pour la plupart des personnes, en particulier celles qui souffrent d'une ou de plusieurs maladies chroniques dont l'évolution peut être ralentie, il est moins évident de décider du moment où devraient débuter les soins palliatifs.

Dans tous les cas, donner des soins palliatifs signifie pour les soignants qu'ils auront à prendre en considération, voire anticiper, une grande variété de besoins du résident dans de nombreux domaines : symptomatiques, fonctionnels, psychologiques, sociaux, spirituels, financiers, environnementaux, etc. L'objectif sera

---

NdT : Ce GAD est repris sans modification du manuel *RAI-domicile* et ne figure pas dans la version originale en langue anglaise du manuel *RAI-institution*. Les signaux d'alarme sont ceux du *MDS RAI-institution* version 2.0.

d'améliorer son confort et sa qualité de vie, et de valoriser les rôles sociaux accomplis au cours de son existence, tout en tenant compte des souhaits qu'il exprime et de ses restrictions physiques. Il convient d'établir une communication franche et ouverte entre tous les participants à cet épisode. Le résident et sa famille doivent être tenus au courant des techniques qui, pour chaque cas clinique, permettent d'améliorer le confort et la qualité de vie.

5. Recommandations

Les signaux d'alarme des soins palliatifs permettent d'identifier les personnes pour lesquelles un régime de soins palliatifs pourrait être bienfaisant. La première étape consiste à déterminer si la personne atteinte d'une maladie en phase terminale a donné son consentement, en toute connaissance de cause, au régime de soins palliatifs. Si la décision n'a pas encore été prise, la famille ou le résident peuvent profiter de l'occasion pour envisager ce type de soins. Pour aider le clinicien à établir si des soins palliatifs sont indiqués et à décider en quoi consisteront ces soins, les recommandations ci-après ont été établies en matière de soins généraux et de santé. Toutefois, il importe de souligner qu'il faut obtenir le consentement éclairé de la personne ou de son représentant avant d'envisager toute forme de traitement palliatif.

COMMENT OBTENIR UN CONSENSUS EN CE QUI CONCERNE LES SOINS PALLIATIFS ?

La décision de passer des soins curatifs aux soins palliatifs peut venir du médecin, de l'équipe soignante, du résident ou de son entourage. Il est souhaitable qu'une communication franche et ouverte s'établisse entre les diverses parties. Il peut arriver parfois que le résident ne soit pas au courant de la gravité de son état ou qu'il refuse d'y croire. Il est aussi possible qu'il ne puisse participer à la prise de décision, en raison notamment d'une maladie mentale.

Il est possible également qu'il ait prévu la situation et rédigé à l'avance une série de directives. Il est évident que ces directives doivent, dans la mesure du possible, être respectées, pour autant qu'elles soient légales.

SOINS GÉNÉRAUX

Les soins palliatifs exigent toujours la coordination de nombreux domaines de soins abordés dans d'autres GAD. Toutefois, lorsque c'est possible, les méthodes d'évaluation et de traitement doivent toujours être choisies en fonction des besoins et des préférences de chaque résident. Avant même l'élaboration d'un programme de traitement, la personne doit recevoir tous les renseignements pertinents sur sa maladie et les traitements possibles ainsi que sur les risques et les avantages de chaque méthode de traitement.

Bien que chaque personne ait le droit de choisir les soins qu'elle recevra, les recommandations qui suivent pourraient se révéler utiles. Elles viennent compléter les autres GAD en plaçant chaque problématique dans le contexte des soins palliatifs.

ASPECT EXTÉRIEUR

Encouragez le résident à soigner son apparence, par exemple en se rasant ou en appliquant du vernis à ongle. Si ce n'est pas contre-indiqué en raison de la douleur ou de la peur, le simple fait de sortir du lit et de s'habiller peut procurer une certaine stimulation physique à la personne et accroître son sens de la maîtrise des événements.

HYGIÈNE

Soutenez le résident dans ses efforts de maintenir une bonne hygiène. Cela contribuera à lui donner l'impression de maîtriser les événements. De plus, le rituel du bain peut aider à meubler l'horaire de la journée

tout en constituant une activité bienfaisante. Lorsque la personne est capable de prendre un bain ou une douche, il faut évidemment prévenir les chutes malencontreuses en installant des barres d'appui et en offrant une surveillance appropriée. Il faut porter une attention particulière aux situations d'incontinence, de diarrhée, de mauvaise hygiène ou de plaies ouvertes afin d'éliminer les odeurs et d'empêcher autant que possible que ces situations ne se reproduisent.

PRATIQUE RELIGIEUSE

Les besoins religieux et spirituels de la personne doivent être respectés.

SEXUALITÉ

Il se peut que des couples expriment le besoin de continuer à avoir des relations sexuelles. Les membres de la famille ainsi que les soignants doivent respecter ce besoin.

NUTRITION ET HYDRATATION

Nourrir une personne mourante peut être l'une des tâches les plus frustrantes et affligeantes pour le soignant. Les maladies en phase terminale, les produits pharmaceutiques et tout spécialement les anti-douleurs ainsi que les thérapies supplémentaires peuvent nuire à la nutrition en provoquant des nausées et des vomissements ou des douleurs associées à la mastication.

Les soins doivent être adaptés à chaque personne. Mais en règle générale, il vaut mieux connaître les mets et les liquides que préfère la personne, lui offrir fréquemment de petites quantités de nourriture et éviter les aliments, les liquides et les odeurs qui provoquent une perte d'appétit ou des nausées. Il faut également s'assurer avant les repas que le résident est aussi bien que possible en lui donnant les médicaments et en faisant sa toilette au moment approprié, en le remettant au besoin dans une position confortable et en rinçant avec des solutions anesthésiques les lésions buccales douloureuses avant les repas.

INCONTINENCE D'URINE

Beaucoup de personnes atteintes de maladie en phase terminale parviennent à demeurer continentes lorsqu'elles sont installées confortablement pour recevoir les soins d'hygiène personnelle. Il est suggéré, par exemple, de réduire la distance à parcourir jusqu'aux toilettes par l'utilisation d'un fauteuil percé, d'un urinal ou d'un bassin hygiénique et en offrant à la personne malade toute l'aide nécessaire. En cas d'incontinence marquée, il peut être utile d'installer une sonde à demeure chez les femmes ou d'utiliser une sonde externe chez les hommes.

DIARRHÉE ET CONSTIPATION

Les personnes qui prennent des narcotiques pour soulager leurs douleurs deviennent fréquemment constipées de sorte qu'un laxatif ramollissant les selles est souvent recommandé à titre préventif. Les troubles de diarrhée associés à la maladie peuvent être particulièrement difficiles à supporter tant pour le résident que pour les soignants. Si ces problèmes persistent, ils devraient être portés à l'attention d'un spécialiste. Dans les cas extrêmes, il pourrait être nécessaire d'extraire manuellement les selles.

MOBILITÉ ET CHUTES

Un soutien doit être fourni au malade qui est capable de se déplacer par lui-même sans douleur et qui en exprime le désir. Une surveillance appropriée est requise si le malade éprouve des faiblesses, si les médicaments altèrent son jugement ou restreignent sa mobilité.

SOINS DE LA PEAU

La plupart des malades en phase terminale finissent par ne plus pouvoir se lever seul de leur lit. Pour transférer le malade du lit au fauteuil, il convient, surtout si la personne est lourde ou passive, de prendre toutes les précautions nécessaires. Il est possible de prévenir les atteintes de l'épiderme en utilisant des matelas spéciaux (matelas d'air ou d'eau, par exemple), en retournant le malade et en modifiant sa position fréquemment (chaque heure ou toutes les deux heures) et en veillant à ce que sa peau reste propre et sèche. Une attention particulière doit être portée aux zones plus rouges, là où la peau recouvre des os ou subit une plus forte pression, comme les épaules, les talons et l'arrière de la tête.

SOINS OCULAIRES

Les personnes mourantes devraient avoir leurs appareils visuels à portée de la main. Dans les derniers stades de certaines maladies, même le clignement des paupières peut être difficile. Dans ces cas, les pansements oculaires et les gouttes ophtalmologiques peuvent être indiqués pour améliorer le confort.

SOMMEIL

L'insomnie peut être causée par un ou plusieurs des facteurs suivants : maladie, douleur, manque d'exercice, angoisse devant la mort ou dépression. Il peut alors être utile de discuter avec un médecin de l'utilisation de somnifères.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

L'évolution progressive du malade vers une déficience intellectuelle peut constituer une expérience particulièrement terrifiante tant pour les proches que pour le malade. Le soignant doit alors rassurer la personne en lui indiquant qu'elle n'est pas en train de devenir folle mais qu'elle ressent plutôt les effets secondaires d'un médicament ou que son état est causé par l'évolution de la maladie. Dans la mesure du possible, il faut corriger les causes réversibles d'un tel état, aider la personne à se sentir en sécurité en la réorientant, en lui présentant des objets familiers et en lui permettant d'avoir de fréquents contacts sociaux.

AGITATION

Si le résident est agité, anxieux, a peur, est en colère ou nerveux, vérifiez d'abord si la cause de cet état est physique (douleur, incapacité de vomir ou de déféquer) et tentez d'y remédier de façon appropriée avant d'avoir recours à des médicaments.

PROBLÈMES RESPIRATOIRES

Il faut s'attendre à ce qu'un malade sur le point de mourir éprouve des problèmes respiratoires. La respiration peut devenir irrégulière et même s'arrêter un certain temps pour ensuite repartir. La respiration peut également devenir très faible. Les résidents peuvent être effrayés par ce type de respiration et devraient être traités en fonction de leurs symptômes. Lorsqu'un résident devient comateux ou semi-comateux, il vaut mieux informer sa famille qu'il n'éprouve pas de malaise et que ces symptômes sont normaux à la fin de la vie.

ATTAQUES

Les attaques ne sont pas rares chez les mourants. Il est important d'informer le médecin de la survenance de chacune d'elles.

MÉTHODES DE TRAITEMENT

ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

En raison de la détérioration des fonctions corporelles, il se peut que le résident refuse d'avaler les médicaments ou qu'il ne puisse plus le faire. Il faudrait rechercher d'autres moyens d'administrer ces médicaments (par exemple, médicaments liquides ou injections plutôt que comprimés). Si le résident doit continuellement recevoir des doses massives de médicaments pour soulager sa douleur, il vaut mieux installer un dispositif d'accès veineux que d'avoir un accès périphérique (ou accès sous-cutané) par lequel la médication pénètre les tissus avoisinants, cette méthode causant de l'enflure et parfois de la douleur. Les médicaments anti-douleur peuvent être administrés par diverses voies : buccale, sublinguale, rectale, intraveineuse, sous-cutanée, ou intramusculaire. Lorsqu'il faut les administrer autrement que par voie buccale, trois types de dispositifs d'accès veineux sont fréquemment utilisés : une sonde intraveineuse périphérique, une sonde externe et un accès implanté. La sonde externe peut être reliée directement aux tubulures intraveineuses avec une pompe qui permet au patient de régler le débit des analgésiques. Ceux-ci sont utilisés pour *prévenir* la douleur plutôt que pour la soulager, d'autres médicaments étant prévus pour soulager les douleurs aiguës.

SOUTIEN PRODIGUÉ AUX SOIGNANTS ET AUX MEMBRES DE LA FAMILLE

Les membres de la famille qui accompagnent une personne mourante ressentiront beaucoup de stress accompagné d'incertitude, de peur, de tristesse. Ils se sentiront impuissants devant leur incapacité à répondre aux besoins physiques de la personne malade. Il leur sera particulièrement difficile de s'adapter à leur nouveau rôle et au nouveau mode de vie qu'il exige. L'attention à porter aux besoins des membres de la famille représente un élément important des soins palliatifs. Ceci est également vrai pour les soignants.

AUTEURS

Dinnus H.M. Frijters, Ph.D.
Katharine Murphy, R.N., Ph.D.[1]
Vincent Mor, Ph.D.
Ruedi Gilgen, M.D.

1. Les travaux de Katharine Murphy et de Vincent Mor sur ce GAD ont bénéficié en partie d'un *Alzheimer's Association award* #TRG-93-022, *« Assessment Outcomes for Community Based Cognitively Impaired Elderly ».*

GAD 21

Maltraitance

Ce GAD a été élaboré en 1999 pour l'utilisation de la démarche RAI au domicile. Des rubriques spécifiques ont été introduites dans le *MDS-domicile* pour dépister une éventuelle maltraitance. Ceci n'avait pas été le cas pour le *MDS-institution* dans sa révision de 1995.

Cependant le phénomène de la maltraitance, qui peut aussi se produire dans les établissements, nous a paru suffisamment important pour justifier l'introduction de ce GAD dans le présent manuel.

En l'absence de rubriques construites spécifiquement, nous avons retenu comme signaux de risque de maltraitance les items du *MDS-institution* qui nous paraissaient les plus adéquats, même si leur capacité à dépister la maltraitance est médiocre : l'essentiel étant d'attirer l'attention des soignants sur ce problème.

1. Objectif

Identifier les résidents qui se trouvent dans des **situations de violence ou de négligence** ou qui courent un sérieux risque d'être victimes de violence et déterminer si ces situations nécessitent une intervention immédiate. Dans certains pays et certaines communautés, il est obligatoire de signaler de tels cas à un organisme désigné.

2. Signaux d'alarme

Il est suggéré de procéder à un examen de la situation et de suspecter une éventuelle maltraitance lorsqu'au moins une des conditions suivantes est présente :

- **Autres lésions de la peau [M4a ou b ou f = coché]**
- **Contrainte physique [au moins un des items P4a, b, c, d ou e = 1 ou 2]**

3. Définition

Malgré toute l'attention portée ces dernières années à la violence faite aux personnes âgées, ce phénomène reste mal connu. Aucune définition simple ne peut englober ses nombreuses dimensions. Les mauvais traitements infligés aux personnes âgées peuvent consister en une action (violence) ou en une omission (négligence). Il peut s'agir d'un acte intentionnel (une tentative consciente d'infliger de la douleur) ou d'un acte non intentionnel, attribuable à l'ignorance, à une infirmité, à l'épuisement ou à la paresse de l'auteur des mauvais traitements quels qu'il soient.

NdT : Ce GAD est repris sans modification du manuel *RAI-domicile* et ne figure pas dans la version originale en langue anglaise du manuel *RAI-institution*. Les signaux d'alarme sont ceux du *MDS RAI-institution* version 2.0.

4. Contexte

On distingue quatre principaux types de maltraitance :

- **Violence physique :** Acte consistant à infliger des douleurs ou des blessures physiques, y compris les attentats à la pudeur.
- **Violence psychologique :** Acte consistant à susciter des angoisses mentales démesurées, y compris l'humiliation et l'intimidation.
- **Négligence :** Refus ou omission de remplir les obligations en matière de prestation de soins, y compris le refus, par exemple, de donner la nourriture nécessaire, de prodiguer les services en matière de santé, de fournir des lunettes ainsi que l'abandon de la personne âgée.
- **Abus d'ordre financier :** Exploitation ou utilisation illégale ou incorrecte de fonds ou de biens.

Les **facteurs de risque** pouvant contribuer à la violence faite aux personnes âgées comprennent :

- La condition physique ou cognitive de la victime.
- Le fait pour la victime d'être sous la dépendance du fournisseur de soins (l'auteur des mauvais traitements).
- Le fait pour l'auteur des mauvais traitements (le fournisseur de soins) d'être sous la dépendance de la victime.
- L'état psychologique de l'auteur des mauvais traitements (par exemple, antécédents de toxicomanie ou de maladie mentale).
- L'isolement social du résident.
- Les mauvaises relations entre résidents eux-mêmes.

Bien qu'une vie difficile ou stressée et un comportement habituellement violent soient souvent associés à des actes de maltraitance, leur implication directe n'a pas encore été démontrée de façon concluante. Néanmoins, ces facteurs demeurent importants dans l'élaboration d'un plan d'intervention pour combattre ou prévenir la maltraitance.

5. Recommandations

REVUE DU PROBLÈME

Qualifier un comportement de violent, de négligent ou de profiteur peut dépendre de sa fréquence, de sa durée, de son intensité, de sa gravité et de ses conséquences. La détermination du type de comportement dépend souvent de la façon dont la personne âgée le perçoit, c'est-à-dire si, à ses yeux, il y a abus et si elle est ouverte à l'idée de procéder à une intervention corrective.

Pour déterminer s'il y a violence ou négligence, il faut se poser les questions suivantes :

- Quel est le problème en cause ?
- Y a-t-il risque de violence, de négligence ou d'exploitation ?
- Les problèmes de par leur nature sont-ils graves ? Se posent-ils souvent ?
- Quelle est l'imminence du risque ?
- Le fournisseur de soins est-il un auteur de mauvais traitements en puissance ?
- Les liens familiaux sont-ils constants et de bonne qualité ?
- Y a-t-il des antécédents de violence, d'abus, de négligence ou d'exploitation de la part des soignants, y compris de la violence physique faite à d'autres personnes ?

- A-t-on pris les mesures nécessaires pour s'occuper des problèmes sous-jacents ?
- La famille est-elle désireuse de collaborer à la correction de ces problèmes ?
- La toxicomanie est-elle en cause, soit chez le prétendu auteur des mauvais traitements soit chez le résident ?
- Est-on en situation d'urgence ?

Cette évaluation a pour but de déterminer

1. s'il y a eu négligence ou exploitation ;
2. la capacité du résident à prendre lui-même des décisions quant à son bien-être et à comprendre les conséquences de ces décisions ;
3. l'ampleur du risque que court le résident ;
4. le besoin d'interventions immédiates. La première étape du processus d'évaluation consiste à obtenir des preuves à l'appui des allégations de mauvais traitements. Vous pourriez découvrir que la personne âgée est en proie à des fantasmes de persécution malgré les bonnes intentions du personnel. Dans un tel cas, le résident devrait être adressé à un psychiatre.

INTERROGER LE RÉSIDENT

Il s'agit d'interroger d'une manière rassurante le résident sur les allégations ou les signes observés de violence. Il importe qu'il soit interrogé seul (et non en présence du prétendu ou possible auteur des mauvais traitements), même si cela semble difficile. La vérification des mauvais traitements est un facteur important servant à déterminer si une intervention ultérieure s'avère nécessaire. Il se peut que le résident nie l'allégation, auquel cas il faut prendre une décision sur le bien-fondé de l'accusation.

DÉTERMINER LES CAPACITÉS DU RÉSIDENT

Les personnes qui ont des troubles de mémoire et des problèmes fonctionnels ne sont pas toutes incapables de prendre des décisions appropriées en ce qui concerne leur sécurité. Observer le résident pendant un certain temps peut aider à juger de sa capacité à prendre des décisions. Il faudra déterminer si la victime est en sécurité dans l'institution. Si elle est en danger, les tribunaux pourraient devoir être saisis.

ENQUÊTER SUR LES ALLÉGATIONS OU LA VIOLENCE PRÉSUMÉE

Afin d'obtenir suffisamment de renseignements pour prendre une décision quant aux allégations, aux interventions ou aux signes possibles de mauvais traitements observés, il peut s'avérer nécessaire de s'adresser à des professionnels de la santé ou aux membres de la famille de la victime. Interrogez ces personnes le plus tôt possible. Une rencontre avec le présumé auteur des mauvais traitements pourrait faciliter l'élaboration d'une stratégie d'intervention fructueuse. Expliquez-lui que le processus d'interview habituel prévoit des rencontres séparées avec le résident et le présumé maltraitant. Ce faisant, déterminez si ce dernier est de bonne foi et évaluez son état de santé et ses capacités. Il se pourrait qu'un résident jouissant de toutes ses facultés refuse une telle procédure, et ceci pour de multiples raisons. En effet, la personne âgée pourrait trouver que les allégations sont injustifiées, craindre des représailles, craindre de mettre sa famille dans l'embarras. Sauf pour les cas flagrants, évaluer l'ampleur d'un abus d'ordre financier peut s'avérer difficile. Cependant, l'extorsion financière pratiquée par un soignant peut mener à la violence physique et psychologique.

TRAITEMENT

L'intervention appropriée pour les cas de violence, de négligence ou d'exploitation dépend des circonstances particulières et des lois du pays. Souvent, le service social de l'institution travaillera de concert avec la famille pour atténuer les facteurs susceptibles d'entraîner la violence ou la négligence. Cependant, les points suivants doivent être examinés dans tous les cas :

- Le résident court-il un danger physique immédiat ? Dans l'affirmative, l'évaluateur doit veiller sans tarder à ce que la personne âgée soit retirée de son milieu actuel.
- Le résident acceptera-t-il une intervention ?
- Les soignants ont-ils besoin d'aide psychologique, de soutien ou d'un traitement médical pour supporter le fardeau ?
- Le résident a-t-il besoin d'une évaluation ou d'un traitement psychiatrique supplémentaire si les allégations s'avèrent non fondées ?

Dans tous les cas, il faut procéder à des réévaluations périodiques, y compris lorsque les preuves de violence ont été jugées non fondées. Si le résident refuse d'être aidé, il peut s'avérer nécessaire de lui fournir par écrit les numéros de téléphone à composer pour obtenir de l'assistance d'urgence et de l'informer sur les ressources professionnelles auxquelles il peut s'adresser.

AUTEURS

Rosalie Wolf, Ph.D.
Flavia Caretta, M.D.
Deborah Sturdy, R.N., M.S.

Adaptation à l'institution
Jean-Noël DuPasquier

GAD 22

Problèmes de la peau et des pieds

1. Objectif

Identifier les personnes âgées qui ont des problèmes de peau ou de pied ou y sont exposés et suggérer des plans de soins pour leur prévention ou leur traitement.

2. Signaux d'alarme

Un problème de peau ou de pied est suspecté si un ou plusieurs des éléments suivants sont présents :

- **Tout problème de peau gênant ou toute modification de la peau [au moins un des items M4a, b, d, e, f, ou g = coché]**
- **Lésions ouvertes autres qu'ulcère [M4c = coché]**
- **Problèmes des pieds (cors, callosités, troubles statiques, orteils en marteau ou qui se croisent, douleurs) [M6a = coché]**

Se reporter aussi au GAD Escarres p. 296.

3. Contexte

Bon nombre de personnes âgées considèrent que les problèmes cutanés sont une manifestation normale du processus de vieillissement et évitent d'en parler même lorsque ceux-ci leur causent des ennuis de santé importants. Il faut savoir que presque tous les résidents présentent à l'examen une anomalie de la peau, voire souvent plus d'une. Les problèmes de pieds sont aussi très fréquents et, même s'ils ne mettent pas sa vie en danger, ils peuvent néanmoins limiter la mobilité et diminuer la qualité de vie du résident.

Il semble donc tout à fait approprié de donner une définition des termes les plus couramment utilisés pour décrire les lésions cutanées.

3. Définitions

Problème de peau : tout trouble qui affecte au moins une des trois principales fonctions de la peau : protection contre l'environnement, thermorégulation et perception sensorielle (douleur et plaisir).

NdT : Ce GAD est repris du manuel *RAI-domicile* et ne figure pas dans la version originale en langue anglaise du manuel *RAI-institution*. Les signaux d'alarme sont ceux du *MDS RAI-institution* version 2.0.

Problèmes de pied : tout trouble ou lésion qui compromet la force et l'équilibre adéquats du pied ou qui occasionne une douleur.

Macule : lésion plate de moins de 3 cm de diamètre ; **Papule :** élévation superficielle ayant moins de 5 mm de diamètre ; **Plaque :** identique à la papule mais de plus de 5 mm de diamètre ; **Nodule :** lésion avec élévation ferme de toute dimension, plus profonde que la papule ; **Vésicule :** lésion remplie de liquide de moins de 5 mm de diamètre ; **Bulle :** identique à la vésicule mais de plus de 5 mm de diamètre ; **Pustule :** lésion de toute taille remplie de liquide et contenant du pus.

4. Recommandations

Toute nouvelle éruption cutanée, tout changement dans la pigmentation d'une lésion persistante, toute anomalie de la peau qui tend à s'étendre mais qui n'est pas confinée aux zones exposées au soleil (ex. : le visage) justifie une évaluation par un médecin.

ÉVALUATION PAR L'INFIRMIÈRE

Dans la mesure du possible, il importe de procéder à un *examen complet* de la peau si un tel examen n'a pas été fait récemment. Cependant, la personne âgée ou sa famille peut s'opposer à une telle investigation. En pareil cas, la solution de rechange consiste à poser des questions sur tout changement dans l'apparence des *lésions* cutanées existantes et sur l'apparition récente de nouvelles lésions. Il peut être utile d'encourager la famille à procéder elle-même à un tel examen complet et à signaler au médecin les anomalies observées. Les problèmes occasionnant des *douleurs* de pieds ne sont pas seulement à l'origine de limitations fonctionnelles mais constituent un facteur de risque prédisposant aux chutes. Il est donc primordial d'interroger le résident sur sa douleur, sur la perception de sensations anormales ou l'absence de sensation dans le pied, de même que sur tout problème des pieds limitant les fonctions. Comme la perception de la température (de la chaleur comme du froid) s'émousse avec l'avance en âge, il importe d'aviser le résident de bien vérifier la température du bain et de se protéger les pieds, aussi bien par temps chaud que par temps froid, par le port de chaussettes et de chaussures appropriées.

ANALYSE DU PROBLÈME ET SUGGESTIONS POUR LES PLANS D'INTERVENTION

Les problèmes de peau varient en gravité allant de troubles mineurs et facilement maîtrisables (ex. : petites zones de mycoses souvent attribuables à une mauvaise hygiène et à une humidité excessive ; dermatites séborrhéiques caractérisées par un érythème et des squames graisseuses) à des troubles potentiellement mortels (ex. : desquamation de la peau sur de grandes parties du corps, attribuable aux effets indésirables de médicaments ou à une maladie cutanée grave). Toute lésion de la structure normale de la peau constitue un site potentiel d'infection, tant locale que généralisée, d'où l'importance de procéder à une investigation des anomalies. Un suintement rougeâtre émanant d'une lésion, si minime soit-elle, doit inquiéter car il peut être le signe d'une infection susceptible de se propager de façon fulgurante, souvent en quelques jours, voire en quelques heures à peine.

On distingue trois principaux types de cancer de la peau chez la personne âgée : le *mélanome*, le *carcinome basocellulaire* et le *carcinome spinocellulaire*. La tendance à l'asymétrie, l'irrégularité du bord, le mélange de plusieurs couleurs et un diamètre de plus de 6 mm constituent l'ABCD du mélanome. Des lésions fermes, arrondies ou ovales, entourées d'une bordure de papules sont caractéristiques du carcinome basocellulaire, malignité la plus fréquente chez l'être humain. L'exposition au soleil prédispose

au carcinome basocellulaire, 85 % des cancers de ce type se développant sur la tête et la nuque. Le nez est le lieu de prédilection d'un quart d'entre eux.

La lésion peut s'accompagner d'une croûte ou d'une ulcération ; toute lésion de la peau, où qu'elle siège sur le corps, qui est caractérisée par une plaque rosâtre ou rougeâtre, à contour bien délimité, allant de quelques millimètres à plusieurs centimètres est typique du carcinome spinocellulaire. La prise en charge par un médecin est impérative en pareilles circonstances.

La démangeaison (prurit) est un problème fréquent, souvent associé à une mauvaise hygiène, à une infection fongique et même à une infestation par des poux ou par la gale. La plupart du temps, elle est simplement due à une sécheresse de la peau, que viennent parfois aggraver, durant les mois d'hiver, les systèmes de chauffage sans humidification suffisante. Toutefois, elle peut aussi être le signe tant d'une maladie systémique (ex. : affection du foie) que d'une réaction indésirable sévère aux médicaments. Enfin, bon nombre d'affections inflammatoires sont fréquentes chez la personne âgée, notamment l'ulcère veineux, la xérose et la dermatite de contact.

Les études révèlent que 80 % des personnes âgées vivant chez elles éprouvent des symptômes au niveau du pied, leur prévalence étant plus élevée chez les femmes. La douleur du pied peut être occasionnée par un problème orthopédique ou par des problèmes de nature dermatologique, souvent corrigeables, ainsi que par le port de chaussures inadaptées. Il importe donc d'insister auprès du résident sur le fait que toute douleur de pied justifie un examen par un professionnel compétent et que souvent l'identification de la cause de la douleur aura pour résultat un soulagement marqué de celle-ci.

En général, si la douleur est occasionnée par le port de *chaussures inadaptées*, il peut être utile de se rendre dans un magasin de chaussures proposant un vaste choix de chaussures ordinaires ou de sport à bouts amples offrant un soutien suffisant. Il arrive assez fréquemment par ailleurs que les pieds du résident ne soient pas tous les deux parfaitement identiques, d'où la nécessité d'épaisseurs légèrement différentes afin de soulager au maximum la douleur. La *coupe des ongles* ne doit pas être prise à la légère et devrait toujours être pratiquée avec un soin minutieux par une personne qualifiée. Si cette recommandation est vraie pour toutes les personnes âgées, elle l'est d'autant plus pour celles atteintes de diabète. L'une des complications les plus graves du diabète est l'atteinte de l'extrémité du membre inférieur, due à des anomalies des nerfs périphériques et à des troubles circulatoires, ainsi qu'à la prédisposition des diabétiques à l'infection. Il importe donc de porter un soin particulier et constant aux *pieds des diabétiques*.

AUTEURS

Roberto Bernabei, M. D.
Gunnar Ljunggren, M. D.
Britta Berglund, R. N.

Annexes

ANNEXE 1.
Liste des personnes ayant contribué à la traduction française de ce manuel

ANNEXE 2
Les formulaires

ANNEXE 3
Techniques d'entretien

ANNEXE 4
Quelques médicaments communément prescrits. Principes actifs et noms déposés en France

ANNEXE 5
Échelle de performance cognitive *« Cognitive Performance Scale »* (CPS)

ANNEXE 6
Indications bibliographiques et sources d'information sur le RAI
- 6.1. Quelques références bibliographiques sur le RAI
- 6.2. Sources des données épidémiologiques françaises
- 6.3. Sites Internet

ANNEXE 7
Index par thèmes

Annexe 1

Liste des personnes ayant contribué à la traduction française de ce manuel

Joël Ankri,	médecin pharmacologue et santé publique
Pascale Barberger-Gateau,	médecin épidémiologiste
Katherine Berg,	physiothérapeute
Chantal Comte,	infirmière surveillante en service de soins infirmiers à domicile
Karine Conti,	infirmière en soins de longue durée
Arnaud Decamps,	médecin neurologue
Christian Doreau,	pharmacien des hôpitaux
Catherine Gorgeon,	chargée de recherche
Marie-Caroline Husson,	pharmacien des hôpitaux
Marie-Claude Léonard,	psychologue clinicienne
Françoise Maréchal,	infirmière surveillante en soins de longue durée
Katharine Murphy,	infirmière, formatrice et directrice de recherche
Robert Noiret,	infirmier
Corinne Santerne,	cadre de santé
Anne-Marie de Sarasqueta,	infirmière et ingénieur d'études
Isabelle Simon,	médecin épidémiologiste

Annexe 2

Les formulaires

2.1. Formulaire d'identification

2.2. Informations de base à l'admission

2.3. MDS complet
Section U Médicaments

2.4. MDS trimestriel *(version courte)*

2.5. MDS trimestriel *(version complète)*

2.6. Tableau d'alarme

2.7. Formulaire de sortie

2.8. Formulaire de réadmission

2.9. Récapitulation des GAD

2.10. Supplément AVQ : évaluation des problèmes et objectifs possibles

RECUEIL MINIMUM DE DONNÉES (MDS) VERSION 2.0
pour l'évaluation du résident en institution, en vue d'un plan de soins

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION

AA. IDENTIFICATION

1	NOM DU RÉSIDENT	..... nom prénom
2	SEXE	**1**. masculin **2**. féminin
3	DATE DE NAISSANCE	jour - mois - année
4	NATIONALITÉ	1. Nationalité du pays 2. *(code de réserve)* 3. *(code de réserve)* 4. *(code de réserve)* 5. Autre (en clair) : .....
5	N° assuré social (F) ou AVS (CH)	
6	ÉTABLISSEMENT	a. Code b. Nom
7	N° mutuelle (F) ou caisse maladie (CH)	
8	MOTIFS DE L'ÉVALUATION	REMARQUE : les autres codes (a.6 à a.9) ne s'appliquent pas sur ce formulaire **a. Motifs de l'évaluation** 1. Évaluation à l'admission 2. Évaluation annuelle 3. Évaluation pour changement significatif 4. Correction significative d'une évaluation précédente 5. Évaluation trimestrielle 0. AUCUNE DES RUBRIQUES CI-DESSUS **b. Évaluation spéciale** 1. Évaluation au 5e jour 2. Évaluation au 30e jour 3. Évaluation au 60e jour 4. Évaluation trimestrielle avec MDS complet 5. Évaluation lors de réadmission ou retour 6. Autre motif
9	SIGNATURES DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ AU REMPLISSAGE DE CETTE SECTION	a. Signature Fonction Date b. Signature Fonction Date

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

Ce formulaire doit être **rempli** lors de la première évaluation à l'admission et **vérifié** pour tous les types d'évaluation énumérés à l'item AA8 « Motifs de l'évaluation ».

case vide = mettre le code adéquat

a. case avec lettre = cocher tout ce qui s'applique

Items indispensables pour le suivi dans un système informatisé.

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

RECUEIL MINIMUM DE DONNÉES (MDS) VERSION 2.0
pour l'évaluation du résident en institution, en vue d'un plan de soins

INFORMATION DE BASE À L'ADMISSION

Section AB. IDENTIFICATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1	DATE D'ENTRÉE	*Date de début du séjour. Note : Si le dossier a été fermé lors d'un transfert à l'hôpital ou d'une sortie provisoire, ne notez pas ici la date de réadmission mais conservez la date de la première admission* ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ jour mois année	
2	PROVENANCE (AU MOMENT DE L'ADMISSION)	1. domicile privé sans soins à domicile 2. domicile privé avec soins à domicile 3. « Résidence services » (voir manuel) 4. étab. de soins de longue durée, SCM (F), EMS (CH) 5. hôpital de soins aigus (court séjour) 6. établissement psychiatrique 7. étab. de suite, de réadaptation 8. autre	
3	VIVAIT SEUL/E (AVANT L'ADMISSION)	**0.** non **1**. oui **2**. en institution	
4	CODE POSTAL DU DOMICILE ANTÉRIEUR	☐☐☐☐☐☐☐☐	
5	SÉJOUR EN INSTITUTION AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES AVANT L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT	***Cochez tous les lieux de séjour*** *dans les 5 années précédant la date d'entrée (item AB1 ci-dessus)* a. séjour antérieur dans cet établissement — a. b. autre étab. de séjour de longue durée — b. c. foyer logement, appartement protégé « résidence services », etc. — c. d. établissement de santé mentale ou psychiatrique — d. e. institution pour handicapés mentaux — e. f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — f.	
6	PROFESSION ANTÉRIEURE	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	
7	SCOLARITÉ	***Codez le plus haut niveau atteint*** 1. Aucune scolarité 2. Moins de 9 années de scolarité 3. 9 à 11 années de scolarité 4. bac (F) ou maturité (CH) 5. école sup. technique, de commerce, professionnelle 6. université, grandes écoles 7. inconnu	
8	LANGUE	a. Langue maternelle **0**. français **1**. autre b. si autre, spécifiez ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	
11	DATE DE REMPLISSAGE DE CE FORMULAIRE	☐☐-☐☐-☐☐☐☐ jour mois année	

☐ case vide = mettre le code adéquat

a. case avec lettre = cocher tout ce qui s'applique

Section AC. HABITUDES DE VIE

1	HABITUDES DE VIE AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDANT L'ADMISSION	*Cochez ce qui convient. Si toutes les informations sont* **INCONNUES**, *cochez seulement la dernière case.*	
		CYCLE DES ÉVÉNEMENTS QUOTIDIENS	
		a. se couche tard le soir (ex. : après 21h)	a.
		b. fait la sieste chaque jour (au moins 1 h)	b.
		c. sort un jour ou plus par semaine	c.
		d. est occupé par des hobbies, de la lecture ou des activités routinières régulières	d.
		e. passe la plupart de son temps seul ou devant la télévision	e.
		f. se déplace sans aide à l'intérieur (éventuellement avec des moyens auxiliaires CH / aides techniques F)	f.
		g. fume au moins une fois par jour	g.
		h. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	h.
		HABITUDES ALIMENTAIRES	
		i. règles alimentaires particulières	i.
		j. mange entre les repas tous les jours ou presque	j.
		k. consomme des boissons alcoolisées au moins une fois par semaine	k.
		l. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	l.
		HABITUDES RELATIVES AUX AVQ	
		m. en tenue de nuit la plupart du temps	m.
		n. se lève pour aller aux toilettes la nuit	n.
		o. selles irrégulières	o.
		p. préfère la douche au bain	p.
		q. prend sa douche ou son bain le soir	q.
		r. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	r.
		HABITUDES SOCIALES	
		s. contacts quotidiens avec parenté ou amis proches	s.
		t. fréquente régulièrement un lieu de culte	t.
		u. trouve des ressources dans la foi	u.
		v. présence quotidienne d'un animal domestique	v.
		w. impliqué dans des activités de groupe	w.
		x. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	x.
		y. **Inconnues :** ni le résidant ni sa famille ne sont capables de fournir ces informations	y.

Section AD. SIGNATURES

Signatures des personnes ayant rempli le formulaire « Informations de base à l'admission »

a.	Signature de la personne responsable de la coordination de l'évaluation	Titre	Date
	Signature des autres participants à l'évaluation	Titre	Date
b.			
c.			
d.			
e.			
f.			
g.			

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

RECUEIL MINIMUM DE DONNÉES (MDS) VERSION 2.0
pour l'évaluation du résident en institution, en vue d'un plan d'intervention

FORMULAIRE D'ÉVALUATION COMPLET

A. IDENTIFICATION ET INFORMATIONS GÉNÉRALES

1	NOM DU RÉSIDENT	nom prénom
2	N° D'UNITÉ ET N° DE CHAMBRE	unité de soins ____ chambre ____
3	DATE DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉVALUATION	a. Date du dernier jour d'observation pour le MDS __ - __ - ____ jour mois année b. Formulaire original (codez : 0), ou ayant reçu des corrections (codez nb corrections)
4	DATE DE RÉADMISSION	*Date de réadmission après un transfert temporaire dans un hôpital dans les 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 j)* jour mois année
5	ÉTAT CIVIL	**1**. célibataire **3**. veuf(ve) **4**. séparé(e) **2**. marié(e) ou vivant maritalement **5**. divorcé(e)
6	N° de DOSSIER MÉDICAL	
7	SOURCES DE PAIEMENT	*Cochez tout ce qui s'applique dans les 30 derniers jours.* a. résident (a.) d. aide sociale (d.) b. famille (b.) e. APA (F) (e.) c. assurance maladie (c.) f. autre (f.)
8	MOTIF DE L'ÉVALUATION	**a. Motifs usuels** 1. admission (évaluation dans les 14 j) 2. évaluation annuelle 3. changement significatif de l'état du résident 4. correction significative de l'éval. précédente 5. évaluation trimestrielle 6. sortie (retour non prévu) 7. sortie (retour prévu) 8. sortie avant la fin de l'évaluation initiale 9. réadmission 0. AUCUNE DE CES RUBRIQUES **b. Motifs spéciaux** *(voir manuel)*
9	RESPONSABILITÉ LEGALE	*Cochez tout ce qui s'applique* a. tuteur (a.) b. autre référent légal (b.) c. référent pour les soins *(voir manuel)* (c.) d. délégation légale durable (finances) (d.) e. membre de la famille (e.) f. résidant responsable (f.) g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES (g.)
10	VOLONTÉS EXPRIMÉES	*Cochez tout ce qui s'applique,* ***seulement si cela est documenté dans le dossier clinique.*** a. testament de vie (a.) f. refus d'alimentation artificielle (f.) b. ne pas réanimer (b.) c. ne pas hospitaliser (c.) g. restrictions quant à l'usage de médicaments (g.) d. don d'organes, tissus et cellules (d.) h. autres restrictions de traitement (h) e. autopsie (e.) i. AUCUNE DE CES RUBR. (i.)

B. ÉTAT COGNITIF

1	ÉTAT COMATEUX	*(état végétatif durable, inconscience)* **0**. non **1**. oui (**sauter à la section G**)
2	MÉMOIRE	*(se rappeler ce que l'on a appris ou su)* **a. court terme :** semble se rappeler après 5 minutes **0**. mémoire OK **1**. Problèmes de mémoire **b. long terme :** semble se rappeler le passé **0**. mémoire OK **1**. Problèmes de mémoire
3	MÉMOIRE CAPACITÉ DE SE SOUVENIR	*Cochez tout ce dont le résident est capable de se souvenir durant les 7 derniers jours* a. saison actuelle (a.) b. situation de sa propre chambre (b.) c. nom, visage des membres du personnel (c.) d. le fait d'être dans une institution (d.) e. AUCUN SOUVENIR DES POINTS CI-DESSUS (e.)
4	FACULTÉS COGNITIVES POUR LES DÉCISIONS COURANTES	*Décisions du résident concernant les tâches de la vie quotidienne* 0. **INDÉPENDANT :** décisions logiques et raisonnables 1. **INDÉPENDANCE RELATIVE :** quelques difficultés dans les situations nouvelles 2. **DÉFICIENCE MODÉRÉE :** décisions de faible qualité, a besoin de stimulation et de supervision 3. **DÉFICIENCE GRAVE :** ne prend pratiquement jamais de décisions
5	SIGNES D'ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU (DELIRIUM) FLUCTUATIONS DE LA PENSÉE OU DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE	*Codez le comportement durant les 7 derniers jours* **Note :** ***une évaluation précise demande un entretien avec le personnel et la famille qui ont une connaissance directe du comportement du résident pendant cette période.*** **0**. comportement non observé **1**. comportement observé, mais n'est pas nouveau **2**. comportement observé, mais qui diffère du comportement habituel (ex. : comportement nouveau ou détérioration) a. **FACILEMENT DISTRAIT** (ex. : difficulté de concentration, dévie de son sujet) b. **ÉPISODES D'ALTÉRATION DE LA PERCEPTION DE LA RÉALITÉ** (ex. : parle à quelqu'un qui est absent, croit qu'il(elle) est quelqu'un d'autre, confond jour et nuit) c. **ÉPISODES DE DISCOURS INCOHÉRENT** (ex. : discours dénué de sens ou hors de propos, sautant d'un sujet à l'autre, sans suite logique) d. **PÉRIODES D'AGITATION MOTRICE** (ex. : avoir la bougeotte, martyriser sa peau, ses habits, changements. fréquents de position, mouvements répétitifs, pousser des cris) e. **PÉRIODES DE LÉTHARGIE** (ex. : apathie, avoir le regard perdu, réveil difficile, peu de mouvements du corps) f. **FONCTIONS MENTALES VARIANT EN COURS DE JOURNÉE** (ex. : tantôt mieux, tantôt pire, comportements symptomatiques tantôt présents, tantôt absents)
6	CHANGEMENT DE L'ETAT COGNITIF	*Changement de l'état cognitif, des compétences ou des capacités durant les 90 derniers jours ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 j)* **0**. pas de changement **1**. amélioration **2**. détérioration

C. COMMUNICATION / AUDITION

1	AUDITION	*Avec appareil auditif, s'il est utilisé* 0. **ENTEND BIEN** (conversation, TV, téléphone) 1. **DIFFICULTÉS MINIMES** dans un environnement bruyant 2. **N'ENTEND QUE DANS CERTAINES SITUATIONS** (l'interlocuteur doit élever le ton et articuler) 3. **ATTEINTE GRAVE,** n'entend pratiquement rien
2	APPAREILLAGE OU AIDE TECHNIQUE (MOYENS AUXILIAIRES) (CH)	*Cochez tout ce qui s'applique aux 7 derniers jours* a. appareil auditif disponible et utilisé (a.) b. appareil auditif disponible, non utilisé (b.) c. autres moyens de communication (ex : lecture labiale) (c.) d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES (d.)

case vide = mettre le code adéquat — **a.** case avec lettre = cocher tout ce qui s'applique

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

C. COMMUNICATION (suite)

3 MODES D'EXPRESSION — *Cochez tout ce que la personne utilise pour exprimer ses besoins*

a. la parole	a.	d. signes, gestes, sons	d.
b. messages écrits	b.	e. tableau pour communiquer	e.
c. Braille, langage des signes	c.	f. autre	f.
		g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	g.

4 SE FAIRE COMPRENDRE
0. EST COMPRIS
1. EST GÉNÉRALEMENT COMPRIS (difficulté pour trouver ses mots ou aller au bout de sa pensée)
2. EST PARFOIS COMPRIS (capacité limitée à l'expression de demandes concrètes)
3. RAREMENT OU JAMAIS COMPRIS

5 CLARTÉ DU LANGAGE — *Codez ce qui s'applique aux 7 derniers jours*
0. LANGAGE CLAIR (mots intelligibles, distincts)
1. LANGAGE INDISTINCT (mots bredouillés, inarticulés)
2. PAS DE LANGAGE (ne prononce aucun mot)

6 CAPACITÉ À COMPRENDRE LES AUTRES
0. COMPREND
1. COMPREND GÉNÉRALEMENT, risque de manquer une partie du message
2. COMPREND PARFOIS, répond adéquatement à un message simple et direct
3. COMPREND RAREMENT OU JAMAIS

7 MODIFICATION DE L'AUDITION OU DE LA COMMUNICATION — *Au cours des **90 derniers jours,** changement dans la façon dont le résident entend, s'exprime ou comprend une information (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours*
0. pas de changement **1.** amélioration **2.** détérioration

D. VISION

1 VISION — *Vision dans une lumière adéquate et avec lunettes, si utilisées*
0. BONNE. Distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres
1. UN PEU DÉFICIENTE. Ne lit que les gros caractères (titres) des journaux/livres
2. DÉFICIENTE. Vision limitée, ne distingue pas les titres des journaux mais reconnaît les objets
3. TRÈS DÉFICIENTE. Semble suivre les objets des yeux, sans pouvoir les reconnaître
4. GRAVEMENT ATTEINTE. Ne distingue rien sinon la lumière, les couleurs ou les formes. Ne suit pas les objets des yeux.

2 LIMITATIONS OU DIFFICULTÉS VISUELLES — *Cochez ce qui s'applique*
a. problème de vision latérale, vision périphérique diminuée (ex. : laisse de la nourriture sur le bord de l'assiette, se déplace avec difficulté, heurte gens ou objets, évalue mal les distances pour s'asseoir) — a.
b. symptômes suivants : halos ou anneaux autour d'une source lumineuse, éclairs lumineux, voiles devant les yeux — b.
c. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — c.

3 AIDES TECHNIQUES POUR LA VUE — (lunettes, lentilles de contact, implants, loupe)
0. non **1.** oui

E. HUMEUR ET COMPORTEMENT

1 SIGNES DE DÉPRESSION, D'ANXIÉTÉ ou DE TRISTESSE — *Codez tous les signes observés au cours des **30 derniers jours**, quelle qu'en soit la cause*
0. Signe non observé dans les 30 derniers jours
1. Signe observé moins de 6 jours/semaine
2. Signe observé quotidiennement ou presque (au moins 6 jours/semaine)

EXPRESSIONS VERBALES DE DÉTRESSE
a. Expressions négatives (ex. : « rien ne compte ; à quoi cela sert-il ? ; il vaudrait mieux que je sois mort ; pourquoi ai-je vécu si longtemps ? laissez-moi mourir »)
b. Questions répétitives (ex. : « où est-ce que je vais ? Qu'est-ce que je fais ? »)
c. Expressions répétitives (ex. : appels à l'aide, « Dieu me vienne en aide ! »)
d. Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres (ex. : facilement dérangé, colère d'être placé en institution, colère pour soins reçus)

E. HUMEUR ET COMPORTEMENT (suite)

SIGNES DE DÉPRESSION, D'ANXIÉTÉ ou DE TRISTESSE (suite)
e. Dépréciation de soi (ex. : « je ne suis rien, je ne suis utile à personne »)
f. Expressions de peurs qui semblent infondées (ex. : peur d'être abandonné, d'être laissé seul, d'être avec d'autres)
g. Pensées morbides récurrentes (ex. : croit qu'il va mourir, avoir une attaque)
h. Plaintes répétées au sujet de sa santé (ex. : demande constamment les soins d'un médecin, souci obsessionnel au sujet de fonctions corporelles)
i. Plaintes anxieuses et répétées (ex. : demande constamment de l'attention ou une approbation au sujet des repas, des horaires, des habits, des relations avec autrui)

PROBLÈMES LIÉS AU CYCLE DU SOMMEIL
j. Est de mauvaise humeur le matin
k. Insomnie, changement du rythme du sommeil

ASPECT TRISTE, APATHIQUE, ANXIEUX
l. Visage exprimant tristesse, douleur, inquiétude (ex. : front soucieux)
m. Larmes et pleurs
n. Mouvements physiques répétitifs (ex. : faire les 100 pas, se tordre les mains, fébrilité, bouger sans arrêt)

PERTE D'INTÉRÊT
o. Abandon d'activités jusqu'ici appréciées (ex. : perte d'intérêt pour des activités pratiquées auparavant, pour la compagnie de sa famille ou ses amis)
p. Réduction des relations avec autrui

2 PERSISTANCE DE L'HUMEUR — *Un ou plusieurs des indicateurs ci-dessus n'ont pas pu être facilement corrigés, durant les **7 derniers jours,** en dépit de tentatives pour consoler, rassurer, encourager le résident*
0. aucun indicateur ci-dessus n'est présent
1. indicateurs présents, facilement modifiés
2. indicateurs présents, difficilement modifiés

3 CHANGEMENT DE L'HUMEUR — *L'humeur du résident a changé par rapport à il y a **90 jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)*
0. pas de changement **2.** détérioration
1. amélioration

4 COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES
(A) Fréquence des symptômes dans 7 derniers jours
0. pas observé dans les 7 derniers jours
1. observé entre 1 et 3 jours
2. observé entre 4 et 6 jours
3. observé quotidiennement

(B) Variabilité des symptômes dans les 7 derniers jours
0. symptôme pas observé ou facilement modifié
1. observé mais pas ou difficilement modifié

	(A)	(B)
a. **DÉAMBULATION** (se déplace sans but ni besoin apparent, au mépris de sa sécurité)		
b. **AGRESSIVITÉ VERBALE** (menace, injurie, maudit autrui)		
c. **AGRESSIVITÉ PHYSIQUE** (frappe, repousse, griffe ou agresse sexuellement autrui)		
d. **COMPORTEMENT SOCIALEMENT INADAPTÉ / PERTURBATEUR** (perturbe par des cris, du bruit, se masturbe ou se déshabille en public, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille dans les affaires des autres)		
e. **RÉSISTANCE AUX SOINS** (s'oppose à la prise de médicaments/injections, à être aidé pour les AVQ ou pour manger)		

5 CHANGEMENT DU COMPORTEMENT — *Le comportement du résident a changé par rapport à il y a **90 jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)*
0. pas de changement **2.** détérioration
1. amélioration

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

F. BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL

1	SENS DE L'INITIATIVE, IMPLICATION	**a.** à l'aise dans les contacts avec autrui	a.
		b. à l'aise pour effectuer des activités organisées	b.
		c. à l'aise pour entreprendre seul des activités	c.
		d. fixe ses propres objectifs	d.
		e. s'intègre à la vie de l'établissement (cultive l'amitié, les activités de groupe, la vie religieuse, aime les nouvelles activités)	e.
		f. accepte les invitations à participer à la plupart des activités de groupe	f.
		g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	g.
2	RELATIONS PERTURBÉES	**a.** conflit latent/ouvert avec le personnel, critiques répétées à son égard	a.
		b. mécontent des voisins de chambre	b.
		c. mécontent des résidents d'autres chambres	c.
		d. exprime de l'agressivité, de la colère envers sa famille, ses amis	d.
		e. absence de contacts personnels avec la famille, les amis	e.
		f. perte récente d'un proche (famille, ami)	f.
		g. ne s'adapte pas facilement aux modifications des habitudes quotidiennes	g.
		h. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	h.
3	RÔLES ANTÉRIEURS	**a.** forte identification à ses rôles et à son statut antérieurs	a.
		b. exprime tristesse/colère/sentiment de vide par rapport à la perte d'un rôle ou statut antérieur	b.
		c. trouve que ses occupations journalières sont très différentes par rapport à ses habitudes antérieures (à domicile)	c.
		d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	d.

G. PROBLÈMES PHYSIQUES ET FONCTIONNELS

1 **(A) AVQ : PERFORMANCE** *Codez la performance du résident* ***durant les 7 derniers jours, jour et nuit****, sans tenir compte de la préparation)*

0. INDÉPENDANT : ni aide ni surveillance OU aide ou surveillance apportée 1 ou 2 fois dans les 7 derniers jours

1. SUPERVISION : surveillance, encouragement ou indications donnés 3 fois ou plus dans 7 derniers jours OU supervision (3 fois ou +) et assistance physique (1 ou 2 fois dans 7 derniers jours)

2. ASSISTANCE PARTIELLE : résident très participant à l'activité, a reçu une aide physique pour la mobilisation de ses membres ou une assistance légère (le résident est actif) 3 fois ou plus OU aide plus importante donnée 1 ou 2 fois dans 7 derniers jours

3. ASSISTANCE IMPORTANTE : bien que le résident ait accompli une partie de l'activité, les aides suivantes ont été nécessaires 3 fois ou plus dans les 7 derniers jours :
- aide nécessitant de la force (résident passif)
- activité effectuée par le personnel à la place du résident pendant une partie seulement des 7 derniers jours

4. ASSISTANCE TOTALE : le personnel exécute en permanence l'activité à la place du résident durant les 7 derniers jours

8. L'ACTIVITÉ N'A PAS ÉTÉ ACCOMPLIE durant les 7 derniers jours

(B) AVQ : AIDE DONNÉE *Codez* ***le niveau le plus élevé*** *d'aide donnée au cours des 7 derniers jours, jour et nuit.* ***Codez indépendamment de la performance du résident*** *(colonne A).*

	(A) Performance	(B) Aide donnée
0. pas de préparation ni d'aide physique du personnel		
1. aide uniquement pour la préparation de l'activité		
2. aide physique d'une personne		
3. aide physique de deux personnes ou plus		
8. l'activité n'a pas été accomplie durant les 7 derniers jours		

G. PROBLÈMES PHYSIQUES ET FONCTIONNELS (suite)

			(A)	(B)
a	MOBILITÉ AU LIT	se redresser ou s'étendre, se tourner, changer de position lorsqu'on est au lit		
b	TRANSFERT	se mouvoir de ou vers le lit, le fauteuil, le fauteuil roulant, se mettre debout (SAUF baignoire ou WC)		
c	MARCHE DANS LA CHAMBRE	comment le résident marche d'un point à l'autre à l'intérieur de sa chambre		
d	MARCHE DANS LE COULOIR	comment le résident marche dans le couloir de l'unité de soins		
e	DÉPLACEMENTS DANS L'UNITÉ	se déplacer dans sa chambre ou sur l'étage (si fauteuil roulant, indépendance une fois installé)		
f	DÉPLACEMENTS HORS DE L'UNITÉ	se rendre ou revenir de lieux situés hors de l'unité (cafétéria, salle de réunion ou de traitement) (si fauteuil roulant, indépendance une fois installé). Si l'établissement n'a qu'un étage, déplacement vers un lieu éloigné de l'unité		
g	HABILLAGE	s'habiller et se déshabiller complètement (habits de ville), y compris mettre ou enlever une prothèse		
h	ALIMENTATION	manger et boire (sans tenir compte de la dextérité), y compris par d'autres moyens (sonde, alimentation parentérale)		
i	UTILISATION DES TOILETTES (WC)	utilisation des WC (chaise percée, urinal, protections), transfert de/vers les WC, se nettoyer, changer ses protections, prendre soin de sa poche, sa sonde, rajuster ses habits		
j	HYGIÈNE PERSONNELLE	maintenir son hygiène personnelle : se coiffer, se laver les dents, se raser, se maquiller, se laver et essuyer visage, mains et parties génitales (SAUF bain/douche)		

2 BAIN / DOUCHE — prendre un bain complet/douche, toilette complète au lavabo, entrer/sortir de la baignoire/douche (SAUF lavage du dos et des cheveux)

Codez la performance et l'aide donnée dans les situations ***les plus défavorables*** *observées*

	(A) Performance	(B) Aide donnée
(A) BAIN : PERFORMANCE		
0. indépendant		
1. supervision, surveillance seulement		
2. aide limitée à l'entrée ou la sortie		
3. aide partielle pour le bain		
4. dépendance totale		
8. l'activité n'a pas été accomplie		
(B) BAIN : AIDE DONNÉE (utilisez les codes « Aide donnée » définis en G1b)		

3 TEST D'ÉQUILIBRE (voir explications dans le manuel) — *Codez selon les résultats du test effectué* ***au cours des 7 derniers jours***

0. maintient la position (cf. explication du test)
1. instable mais peut rétablir son équilibre sans aide physique
2. aide physique partielle pendant le test OU est debout (assis) mais ne suit pas les indications du test
3. ne peut effectuer le test sans aide physique
8. test non effectué

	(A)	(B)
a. équilibre debout		
b. équilibre assis (position, contrôle du buste)		

4 RESTRICTION FONCTIONNELLE DE L'AMPLITUDE DU MOUVEMENT (voir explications dans le manuel) — *Codez les restrictions, observées durant les 7 derniers jours qui limitent la fonction concernée ou met le résident en danger de se blesser*

(A) AMPLITUDE DU MOUVEMENT	**(B) MOUVEMENT VOLONTAIRE**
0. pas de restriction	**0.** pas de perte
1. restriction d'un côté	**1.** perte partielle
2. restriction des 2 côtés	**2.** perte totale

	(A)	(B)
a. cou		
b. bras (y compris épaule et coude)		
c. main (y compris poignet et doigts)		
d. jambe (y compris hanche et genou)		
e. pied (y compris cheville et orteils)		
f. autre restriction et perte		

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

G. PROBLÈMES PHYSIQUES ET FONCTIONNELS (suite)

5	MODES DE LOCOMOTION	*Cochez tout ce qui s'applique durant les 7 derniers jours* a. canne, cadre de marche, déambulateur b. fauteuil roulant (se déplace seul) c. fauteuil roulant (poussé par un tiers) d. fauteuil roulant = moyen principal de locomotion e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. b. c. d. e.
6	MODES DE TRANSFERT	*Cochez tout ce qui s'applique durant les 7 derniers jours* a. grabataire la plupart du temps ou tout le temps b. barrières de lit utilisées pour la mobilité au lit ou le transfert c. soulevé manuellement d. soulevé mécaniquement e. aide technique *(ex. : planche, potence, canne, déambulateur, appareil orthopédique)* f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. b. c. d. e. f.
7	SEGMENTATION DES TÂCHES	Tout ou partie des AVQ ont été divisées en une série de tâches partielles afin que le résident puisse les effectuer durant les 7 derniers jours **0.** non **1.** oui	
8	POTENTIEL DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE AUX AVQ	a. le résident se sent capable d'atteindre une indépendance accrue pour au moins une des AVQ b. le personnel estime que le résident est capable d'atteindre une indépendance accrue pour au moins une des AVQ c. le résident est capable d'accomplir les AVQ mais il est très lent d. différence entre matin et soir dans la performance ou l'assistance aux AVQ e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. b. c. d. e.
9	MODIFICATION DE L'ÉTAT FONCTIONNEL	changement de performance dans les AVQ **par rapport à il y a 90 jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours) **0.** pas de changement **2.** détérioration **1.** amélioration	

H. CONTINENCE DURANT LES 14 DERNIERS JOURS

I *Codez la performance du résident jour et nuit*

0. CONTINENT : contrôle complet (y compris usage de sonde urinaire à demeure, ou poche de stomie, sans fuites)

1. HABITUELLEMENT CONTINENT
- **URINE :** épisodes d'incontinence une fois par semaine ou moins
- **SELLES :** moins de 1 fois/semaine

2. OCCASIONNELLEMENT INCONTINENT
- **URINE :** épisodes d'incontinence 2 fois/semaine au moins mais pas quotidiennement
- **SELLES :** une fois/semaine

3. FRÉQUEMMENT INCONTINENT
- **URINE :** tendance à l'incontinence quotidienne avec cependant persistance d'un contrôle (ex. : de jour)
- **SELLES :** 2-3 fois/semaine

4. INCONTINENT
- **URINE :** contrôle inadéquat, multiples épisodes chaque jour
- **SELLES :** tout (ou presque tout) le temps

a	CONTINENCE FÉCALE	contrôle des selles, avec appareillage ou programme spécifique si utilisé	
b	CONTINENCE URINAIRE	contrôle de la miction ou pertes minimes ne traversant pas les sous-vêtements, avec aides techniques (clamp pénien, sonde) ou programme d'incontinence si utilisé	
2	ÉLIMINATION DES SELLES	*Cochez tout ce qui s'applique* a. élimination régulière, au moins une fois tous les 3 jours b. constipation c. diarrhée d. fécalome e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. b. c. d. e.

H. CONTINENCE DURANT LES 14 DERNIERS JOURS (suite)

3	MOYENS AUXILIAIRES ET PROGRAMMES	*Cochez tout ce qui s'applique* a. mictions programmées b. programme de rééducation de la vessie c. condom, système de recueil externe d. sonde vésicale à demeure e. sondages occasionnels f. n'a pas utilisé les toilettes, urinal, chaise percée g. protections h. lavements ou irrigation i. stomies j. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j.
4	CHANGEMENT DE LA CONTINENCE URINAIRE	la continence urinaire du résident s'est modifiée par rapport à il y a 90 jours *(ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)* **0.** pas de changement **2.** détérioration **1.** amélioration	

I. DIAGNOSTICS MÉDICAUX

*Ne cochez que les maladies **ayant un effet sur l'état actuel** des AVQ, de l'état cognitif, de l'humeur, du comportement, des traitements médicaux, de la surveillance infirmière ou du risque de décès.* ***Ne cochez pas les maladies anciennes ou en rémission.***

I MALADIES *Si aucune maladie, cochez la case « AUCUNE DE CES RUBRIQUES »*

ENDOCRINES/DU MÉTABOLISME/NUTRITION		v. hémiplégie, hémiparésie	v.
a. diabète	a.	w. sclérose en plaque	w.
b. hyperthyroïdie	b.	x. paraplégie	x.
c. hypothyroïdie	c.	y. Maladie de Parkinson	y.
CŒUR/CIRCULATION		z. quadriplégie	z.
d. maladie cardiaque ischémique	d.	aa. épilepsie	aa.
e. arythmie cardiaque	e.	bb. ischémie cérébrale	bb.
f. insuffisance cardiaque	f.	cc. traumatisme crânien	cc.
g. thrombose	g.	**PSYCHISME**	
h. hypertension	h.	dd. trouble anxieux	dd.
i. hypotension	i.	ee. dépression	ee.
j. maladie vasculaire périphérique	j.	ff. psychose maniaco-dépressive	ff.
k. autre maladie cardio-vasculaire	k.	gg. schizophrénie	gg.
MUSCLES/SQUELETTE		**POUMONS**	
l. arthropathies (arthrose, rhumatisme inflammatoire)	l.	hh. asthme	hh.
m. fracture supérieure du fémur	m.	ii. emphysème, syndr. obstructif chronique	ii.
n. membre manquant (amputation)	n.	**ORGANES DES SENS**	
o. ostéoporose	o.	jj. cataracte	jj.
p. fracture osseuse pathologique	p.	kk. rétinopathie diabétique	kk.
NEUROLOGIE		ll. glaucome	ll.
q. Alzheimer	q.	mm. dégénérescence maculaire	mm.
r. aphasie	r.	**AUTRES**	
s. paralysie cérébrale	s.	nn. allergies	nn.
t. accident vasculaire cérébral (attaque)	t.	oo. anémie	oo.
u. démence autre qu'Alzheimer	u.	pp. cancer	pp.
		qq. insuffisance rénale	qq.
		rr. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	rr.

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

I. DIAGNOSTICS MÉDICAUX (suite)

2 INFECTIONS — *Si aucune infection, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES »*

- a. infection résistant aux antibiotiques [a.]
- b. clostridium difficile [b.]
- c. conjonctivite [c.]
- d. séropositivité (sida) [d.]
- e. pneumonie [e.]
- k. hépatite virale [k.]
- f. infection des voies respiratoires [f.]
- g. septicémie [g.]
- h. maladies sexuellement transmissibles [h.]
- i. tuberculose [i.]
- j. infections des voies urinaires (dans **30 derniers jours**) [j.]
- l. blessure infectée [l.]
- m. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [m.]

3 AUTRES DIAGNOSTICS ACTUELS (avec codes CIM-10)

a. _____ | | | | . | |
b. _____ | | | | . | |
c. _____ | | | | . | |
d. _____ | | | | . | |
e. _____ | | | | . | |

J. PROBLÈMES DE SANTÉ

1 PROBLÈMES DE SANTÉ — *Cochez tous les problèmes s'étant présentés **dans les 7 derniers jours** (sauf autre indication de durée)*

INDICATEURS D'ÉTAT HYDRIQUE
- a. gain ou perte de poids (>1,5kg depuis 7 jours) [a.]
- b. ne peut s'étendre (pour cause de dyspnée) [b.]
- c. déshydratation (l'élimination excède l'absorption) [c.]
- d. absorption hydrique insuffisante (n'a pas absorbé tout/partie des boissons offertes dans les 3 derniers jours) [d.]

AUTRES
- e. idées délirantes [e.]
- f. étourdissements, vertiges [f.]
- g. œdème [g.]
- h. fièvre [h.]
- i. hallucinations [i.]
- j. hémorragie interne [j.]
- k. aspirations bronchiques répétées **durant les 90 derniers jours** [k.]
- l. essoufflement, dyspnée [l.]
- m. syncope (évanouissement) [m.]
- n. démarche mal assurée [n.]
- o. vomissements [o.]
- p. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [p.]

2 DOULEUR — *Pour l'intensité de la douleur, codez le niveau **le plus élevé** apparu durant les **7 derniers jours***

a. **FRÉQUENCE** à laquelle le résident se plaint ou montre qu'il a mal
- **0.** aucune douleur (sauter à J 4)
- **1.** douleur moins que quotidienne
- **2.** douleur quotidienne

b. **INTENSITÉ** de la douleur
- **1.** douleur légère
- **2.** douleur modérée
- **3.** douleur par moments atroce ou insupportable

3 LIEU DE LA DOULEUR — *Si une douleur est présente, cochez tous les lieux où elle s'est manifestée au cours des **7 derniers jours***

- a. au dos [a.]
- b. osseuse [b.]
- c. à la poitrine lors d'activités normales [c.]
- d. maux de tête [d.]
- e. à la hanche [e.]
- f. à une incision [f.]
- g. à une articulation autre que hanche [g.]
- h. aux tissus mous (ex. : lésions, muscles) [h.]
- i. au ventre (estomac) [i.]
- j. autre [j.]

4 ACCIDENTS — *Cochez tout ce qui s'applique*

- a. chute dans les **30 derniers jours** [a.]
- b. chute survenue il y a **31 à 180 jours** [b.]
- c. fracture du col du fémur dans les **180 derniers jours** [c.]
- d. autre fracture dans les **180 derniers jours** [d.]
- e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [e.]

5 STABILITÉ DES PROBLÈMES

- a. les problèmes de santé rendent instables, précaires ou détériorent l'état cognitif, les AVQ, l'humeur ou le comportement du résident [a.]
- b. le résident vit actuellement un épisode aigu ou la poussée d'un problème récurrent ou chronique [b.]
- c. maladie en phase terminale (6 mois au plus à vivre) [c.]
- d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [d.]

K. ÉTAT BUCCAL ET NUTRITIONNEL

1 PROBLÈMES BUCCAUX — *Cochez tout ce qui s'applique*

- a. problèmes de mastication [a.]
- b. problèmes de déglutition [b.]
- c. douleurs dans la bouche [c.]
- d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [d.]

2 TAILLE ET POIDS — *Notez la taille en cm et le poids en kg. Pour le poids, notez la mesure la plus récente dans les **30 derniers jours.** Mesurez le poids dans des conditions identiques à chaque fois (ex. : le matin à jeun, après élimination, sans souliers, en tenue de nuit).*

a. taille (cm) [ ] [ ] [ ] b. poids (kg) [ ] [ ] [ ]

3 CHANGEMENT DE POIDS

a. **PERTE DE POIDS :** 5 % ou + dans les **derniers 30 jours**, ou 10 % ou + dans les **derniers 180 jours** [a.]
0. non **1.** oui

b. **GAIN DE POIDS :** 5 % ou + dans les **derniers 30 jours**, ou 10 % ou + dans les **derniers 180 jours** [b.]
0. non **1.** oui

4 PROBLÈMES NUTRITIONNELS — *Cochez tout ce qui s'applique*

- a. se plaint à propos du goût des aliments [a.]
- b. se plaint régulièrement d'avoir faim [b.]
- c. laisse plus du quart de la nourriture à la plupart des repas [c.]
- d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [d.]

5 TYPE D'ALIMENTATION — *Cochez tout ce qui s'applique dans **7 derniers jours***

- a. parentérale / IV [a.]
- b. par sonde [b.]
- c. hâchée/mixée [c.]
- d. à la seringue (orale) [d.]
- e. régime diététique [e.]
- f. supplément diététique entre repas [f.]
- g. moyens auxiliaires (ex. : assiette fixe) [g.]
- h. progr. de changement de poids [h.]
- i. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [i.]

6 ALIMENTATION PARENTÉRALE OU EXTERNE — *Sautez à la **section L**, si ni K5a ni K5b ne sont cochés*

a. codez la **proportion du total de calories** que le résident a reçu par voie parentérale ou par sonde dans les 7 derniers jours
0. aucune **3.** de 51 à 75 %
1. de 1 à 25 % **4.** de 76 à 100 %
2. de 26 à 50 %

b. codez l'absorption moyenne par jour de **liquide** par IV ou tube dans **7 derniers jours**
0. aucune **3.** 1001 à 1500 ml/j
1. 1 à 500 ml/j **4.** 1501 à 2000 ml/j
2. 501 à 1000 ml/j **5.** 2001 ou + ml/j

L. ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

1 ÉTAT BUCCAL ET PRÉVENTION — *Cochez tout ce qui s'applique aux 7 derniers jours*

- a. déchets dans la bouche lors du coucher le soir (substances molles faciles à extirper) [a.]
- b. prothèses dentaires amovibles (mêmes partielles) [b.]
- c. a perdu une partie ou toutes ses dents naturelles mais n'a pas ou n'utilise pas de prothèses dentaires [c.]
- d. dent cassée, qui bouge, cariée [d.]
- e. gencives enflammées, enflées ou qui saignent, abcès dans la bouche, ulcères ou éruption [e.]
- f. nettoyage quotidien des dents/prothèses, ou soins quotidiens de la bouche (par le résident ou le personnel) [f.]
- g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES [g.]

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

M. PROBLÈMES DE PEAU

1 ULCÈRES (NOMBRE) (quelle que soit la cause)

*Codez le **nombre d'ulcères** de chaque stade, quelle qu'en soit la cause. Codez tout ce qui s'applique **durant les 7 derniers jours**. Si aucun ulcère, codez 0. Si plus de 9 ulcères, coder 9. **Ceci requiert un examen corporel complet.***

- a. **stade 1** zone de rougeur persistante de la peau (sans lésion) qui ne disparaît pas quand le point de pression est supprimé
- b. **stade 2** amincissement de la peau qui se présente cliniquement comme une abrasion, phlyctène ou plaie peu profonde
- c. **stade 3** lésion cutanée exposant les tissus sous-cutanés, sous la forme d'une plaie profonde, avec ou sans atteinte des tissus adjacents
- d. **stade 4** lésion des tissus cutanés et sous-cutanés, exposant les muscles et/ou les os

2 TYPE D'ULCÈRE

*Pour chaque type d'ulcère ci-dessous, codez **le stade le plus élevé durant les 7 derniers jours :***
***0** = aucun, **1** = stade 1, **2** = stade 2, etc.)*

- a. ulcère de décubitus (ESCARRE) : toute lésion cutanée causée par pression et endommageant les tissus sous-jacents
- b. ulcère de stase (VARIQUEUX) : lésion ouverte causée par une circulation veineuse déficiente des membres inférieurs

3 ANTÉCÉDENTS D'ULCÈRES

Le résident a eu un ulcère traité ou guéri ***dans les 90 derniers jours***
0. non **1.** oui

4 AUTRES PROBLÈMES OU LÉSIONS DE LA PEAU

*Cochez tout ce qui s'applique **dans les 7 derniers jours***

- a. écorchures, contusions (bleus) — a.
- b. brûlures (2e ou 3e degré) — b.
- c. lésions ouvertes autres qu'ulcères, coupures, rougeurs (ex. : lésions cancéreuses) — c.
- d. éruptions (ex. : intertrigo, eczéma, herpès, éruption médicamenteuse, rougeurs) — d.
- e. peau insensible à la douleur, la compression — e.
- f. coupure ou déchirure (non chirurgicale) — f.
- g. plaie chirurgicale — g.
- h. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — h.

5 TRAITEMENTS DE LA PEAU

*Cochez tout ce qui s'applique **dans les 7 derniers jours***

- a. moyens auxiliaires antiescarres (chaise) — a.
- b. moyens auxiliaires antiescarres (lit) — b.
- c. programme de changement de position — c.
- d. programme nutritionnel ou d'hydratation destiné au traitement de la peau — d.
- e. soins d'ulcère — e.
- f. soins de plaie chirurgicale — f.
- g. pansements avec ou sans application d'une médication locale (SAUF pieds) — g.
- h. pommades, médicaments (SAUF pieds) — h.
- i. autres soins préventifs ou protecteurs pour la peau (SAUF pieds) — i.
- j. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — j.

6 PROBLÈMES ET SOINS DES PIEDS

*Cochez tout ce qui s'applique **dans les 7 derniers jours***

- a. problèmes des pieds (cors, callosités, oignon, orteils en marteau ou qui se croisent, douleur, troubles statiques) — a
- b. infection au(x) pied(s) (ex. : cellulite, drainage purulent) — b.
- c. lésions ouvertes au pied — c.
- d. ongles/callosités coupés ***dans les 90 derniers jours*** — d.
- e. soins de pieds préventifs ou protecteurs (ex. : souliers spéciaux, coussinets, tampons) — e.
- f. pansements (avec ou sans application d'une médication locale) — f.
- g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — g.

N. OCCUPATIONS

1 PÉRIODES D'ÉVEIL

*Cochez ce qui s'applique durant **les 7 derniers jours*** le résident est éveillé la plupart du temps (pas de sieste de plus d'une heure) pendant :

- a. le matin — a.
- b. l'après-midi — b.
- c. le soir — c.
- d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — d.

Si le résident est dans le coma, sauter à la section O

2 TEMPS MOYEN CONSACRÉ AUX OCCUPATIONS

Pendant le temps de veille et en dehors du temps consacré aux traitements ou aux AVQ, le résident consacre à ses occupations :
0. la plupart du temps (2/3 ou plus)
1. une partie du temps (de 1/3 à 2/3)
2. peu de temps (moins de 1/3)
3. aucune occupation

3 LIEUX D'OCCUPATION PRÉFÉRÉS

Cochez tous les lieux où le résident aime s'occuper :

- a. sa chambre — a.
- b. salle de séjour — b.
- c. dans l'établissement hors de l'unité — c.
- d. hors de l'établissement — d.
- e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — e.

4 OCCUPATIONS PRÉFÉRÉES

Cochez toutes les préférences, qu'elles soient ou non à la disposition du résident

- a. jeux (ex. : cartes) — a.
- b. art/artisanat — b.
- c. exercices/sports — c.
- d. musique — d.
- e. lecture/écriture — e.
- f. activités spirituelles religieuses — f.
- g. promenades (avec un but, faire les magasins) — g.
- h. sorties pour prendre l'air (sans but précis) — h.
- i. télévision — i.
- j. jardinage, soin des plantes — j.
- k. parler, converser — k.
- l. aider les autres — l.
- m. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — m.

5 CHANGEMENTS SOUHAITÉS DANS LES OCCUPATIONS QUOTIDIENNES

Codez ce que le résident souhaite au sujet des occupations quotidiennes
0. pas de changement
1. légères modifications
2. modifications importantes

- **a**. dans le type d'activités auxquelles le résident participe actuellement
- **b**. dans l'intensité de sa participation

O. MÉDICAMENTS

1 NOMBRE DE MÉDICAMENTS

Notez le nombre de médicaments différents utilisés au cours des **7 derniers jours** (noter **0** si aucun médicament n'a été utilisé)

2 NOUVEAUX MÉDICAMENTS

Le résident reçoit des médicaments dont l'utilisation a débuté **dans les 90 derniers jours**
0. non **1**. oui

3 INJECTIONS

Notez le nombre de jours au cours desquels le résident a reçu une (ou plusieurs) injection(s) quelconque(s) au cours des **7 derniers jours**. Si aucune injection, notez **0**.

4 PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS PARTICULIERS

Notez le **nombre de jours** durant les **7 derniers jours** où le résident a reçu les médicaments ci-dessous. Si aucun de ces médicaments n'a été utilisé, notez **0**. Si un médicament retard a été utilisé moins d'une fois par semaine, noter **1**.

- a. neuroleptiques
- b. anxiolytiques
- c. antidépresseurs
- d. hypnotiques
- e. diurétiques

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

P. PROCÉDURES ET TRAITEMENTS SPÉCIAUX

I PROCÉDURES ET TRAITEMENTS SPÉCIAUX

A. **SOINS SPÉCIAUX.** *Cochez tous les traitements ou programmes suivis au cours des **14 derniers jours***

TRAITEMENTS

- a. chimiothérapie — a.
- b. dialyse — b.
- c. médication IV — c.
- d. absorption/élimination (suivi) — d.
- e. suivi de maladie aiguë — e.
- f. soins de stomie — f.
- g. oxygène — g.
- h. radiothérapie — h.
- i. aspiration — i.
- j. soins de trachéotomie — j.
- k. transfusions — k.
- l. ventilateur ou respirateur — l.

PROGRAMMES

- m. désintoxication (alcool ou drogue) — m.
- n. unité spéciale de soin pour déments (Alzheimer) — n.
- o. soins palliatifs — o.
- p. unité spéciale pour jeunes handicapés — p.
- q. séjour de convalescence, de répit — q.
- r. soins de réadaptation en vue d'un retour à domicile — r.
- s. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — s.

B. **THÉRAPIES**. *Notez le nb de jours et le total de minutes pour chacune des thérapies suivantes données **en thérapie individuelle par un professionnel diplômé de ces disciplines**, après l'admission, pendant au moins 15 mn/j **au cours des 7 derniers jours** ; (codez **0** si la thérapie n'a pas été administrée ou administrée à raison de moins de 15 mn/j)*

	JOURS	MINUTES
(A) Nb de jours / **(B) Nb total de mn/semaine**	(A)	(B)
a. orthophonie, logopédie (CH), rééducation auditive		
b. ergothérapie, thérapie occupationnelle, psychomotricité (F)		
c. kinési-(physio-)thérapie		
d. thérapie respiratoire		
e. psychothérapie		

2 PROGRAMME POUR TROUBLES DE L'HUMEUR, DU COMPORTEMENT OU PERTE COGNITIVE

*Cochez toutes les interventions ou stratégies utilisées **au cours des 7 derniers jours** dans ou hors de l'établissement*

- a. programme spécifique d'évaluation des troubles du comportement — a.
- b. évaluation par un spécialiste diplômé en santé mentale **dans les 90 derniers jours** — b.
- c. thérapie de groupe — c.
- d. modification de l'environnement du résident afin de répondre à son mode de comportement ou à son humeur (ex. : lui fournir un bureau où il puisse farfouiller) — d.
- e. stratégie d'aide à l'orientation — e.
- f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — f.

3 SOINS INFIRMIERS DE RÉADAPTATION

***Notez le nombre de jours** où chacune des techniques de réadaptation suivantes a été administrée par le personnel infirmier ou sous sa supervision **pendant au moins 15 mn/j au cours des 7 derniers jours**. Coder **0** si la technique n'a pas été utilisée ou utilisée moins de 15 mn/j.*

- **a**. mobilisation passive
- **b**. mobilisation active
- **c**. utilisation d'attelles ou autres appareils orthopédiques

FORMATION / ENTRAÎNEMENT DE L'HABILETÉ À :

- **d**. mobilité au lit
- **e**. transfert
- **f**. marche
- **g**. habillement, soins de toilette ou de beauté
- **h**. manger, avaler
- **i**. soins de moignon, prothèse
- **j**. communication
- **k**. autre

P. PROCÉDURES ET TRAITEMENTS SPÉCIAUX (suite)

4 MOYENS DE CONTENTION

*Codez ce qui s'applique **durant les 7 derniers jours***
0. pas utilisé
1. utilisé moins que quotidiennement
2. utilisé quotidiennement

- a. barrières de lits complètes, de tous les côtés du lit.
- b. autres types de barrières de lit (ex. : demi-barrières, sur un côté du lit seulement).
- c. contention du tronc.
- d. contention des membres.
- e. attaches au fauteuil

5 SÉJOURS HOSPITALIERS

Notez le nombre de fois que le résident a été hospitalisé (avec au moins une nuit à l'hôpital) **au cours des 90 derniers jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours). **Notez** 0 si aucune hospitalisation.

6 SERVICE D'URGENCES

Notez le nombre de fois que le résident a été admis en service d'urgences (sans séjour d'une nuit) **au cours des 90 derniers jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours). Notez **0** si aucune admission en urgences.

7 VISITES MÉDICALES

Dans les 14 derniers jours (ou depuis l'admission si moins de 14 jours), notez le **nombre de jours** où un médecin a examiné le résident. Notez **0** si aucun.

8 PRESCRIPTIONS MÉDICALES

Dans les 14 derniers jours (ou depuis l'admission si moins de 14 jours), notez le **nombre de jours** où un médecin a changé les prescriptions médicales du résident (ne pas tenir compte du renouvellement sans changement de la prescription). Noter **0** si aucun.

9 RÉSULTATS DE LABORATOIRE ANORMAUX

Le résident a-t-il eu des résultats de laboratoire anormaux **au cours des 90 derniers jours** (ou depuis l'admission si moins de 90 jours) ?
0. non **1.** oui

Q. PERSPECTIVES DE SORTIE ET ÉTAT GÉNÉRAL

1 PERSPECTIVES DE SORTIE

(ne pas considérer une sortie pour cause de décès)

a. le résident exprime ou indique le souhait de retourner à domicile
0. non **1.** oui

b. une personne ressource de l'entourage du résident est favorable à un retour à domicile
0. non **1.** oui

c. le résident est admis pour un séjour de durée limitée : sa sortie est prévue
0. non **2.** entre 31 et 90 jours
1. dans les 30 jours **3.** Perspective incertaine

2 CHANGEMENT GLOBAL EN BESOIN DE SOINS

L'indépendance générale du résident s'est modifiée **par rapport à il y a 90 jours** (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)
0. pas de changement
1. amélioration : reçoit moins d'aide, requiert moins de soins
2. détérioration : reçoit davantage d'aide

R. INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉVALUATION

1 PARTICIPATION À L'ÉVALUATION

Codez ce qui s'applique
a. résident **0**. non **1**. oui
b. famille **0**. non **1**. oui **2**. pas de famille
c. autre **0**. non **1**. oui **2**. aucun

2 SIGNATURES

a. *Coordinateur de l'évaluation*

b. date — jour / mois / année

Autres participants titre section — *date*

c. _____
d. _____
e. _____
f. _____

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

SECTION T SUPPLÉMENT POUR CASE MIX

I TRAITEMENTS ET PROCÉDURES SPÉCIAUX

a. **LOISIRS THÉRAPEUTIQUES.** *Notez le nombre de jours et le total des minutes de loisirs thérapeutiques qui ont été effectués (au moins 15 mn/jour)* ***au cours des 7 derniers jours*** *(Notez* **0** *si aucune)*

	Jours (A)	Minutes (B)
(A) Nombre de jours		
(B) Total des minutes		

À sauter sauf pour une nouvelle admission (ou une évaluation à 5 jours)

b. THÉRAPIES PRESCRITES. Un médecin a-t-il prescrit de **commencer dans les 14 premiers jours** l'une des thérapies suivantes : kinésithérapie, loisirs thérapeutiques ou orthophonie (Logothérapie) ?
0. Non **1**. Oui

En l'absence de prescription, passez à l'item 2

c. Donnez une estimation du nombre de **jours** où au moins une de ces thérapies à été prodiguée, au cours des 15 premiers jours

d. Donnez une estimation du nombre de **minutes** où des thérapies ont été prodiguées, pendant les 15 premiers jours (toutes thérapies confondues)

2 ÉPISODE D'AUTONOMIE MAXIMALE POUR LA MARCHE

Compléter seulement si l'item G1bA (performance pour l'AVQ TRANSFERT) est codé 0, 1, 2 ou 3 ET qu'au moins une des rubriques suivantes existe :…

- Le résident a reçu une kinésithérapie incluant entraînement à l'équilibre (P1B c)
- Prescription de kinésithérapie incluant entraînement à la marche (T2b)
- Le résident a reçu des soins infirmiers de réadaptation à la marche (P3t)
- la kiné(physio-)thérapie incluant la marche a été interrompue au cours des 180 derniers jours.

Sauter les items suivants si le résident n'a pas marché au cours des 7 derniers jours

Pour les 5 items suivants, codez en vous basant sur la fois où le résident a marché le plus sans s'asseoir, y compris la marche au cours des séances de réadaptation

a. **Distance maximale** de marche sans s'asseoir par épisode i
0. 50 m et + **3**. 3 à 7 m
1. 20 à 49 m **4**. moins de 3 m
2. 8 à 19 m

b. **Durée de cet épisode** (marche sans s'asseoir)
0. 1-2 minutes **3**. 11-15 minutes
1. 3-4 minutes **4**. 16-30 minutes
2. 5-10 minutes **5**. 31 et + minutes

c. **Performance** pour la marche au cours de cet épisode
0. INDÉPENDANT. Ni aide ni surveillance
1. SUPERVISION. Surveillance, encouragement, incitation
2. ASSISTANCE PARTIELLE. Le résident très participant à l'activité, a reçu une aide physique pour la mobilisation de ses membres ou une assistance minime (le résident est actif)
3. ASSISTANCE IMPORTANTE. Le résident a reçu une aide importante pendant qu'il marchait.

d. **Aide apportée** pour la marche pendant cet épisode *(codez sans tenir compte du codage de la performance)*
0. Pas de préparation ni d'aide physique de l'équipe
1. **Préparation seulement**
2. **Aide physique d'une personne**
3. **Aide de 2 personnes ou plus**

e. **Utilisation de barres parallèles** par le résident au cours de cet épisode.
0. Non **1**. Oui

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

Nom et prénom : Identifiant : | | | | | | | | | |

Section U. Médicaments

Notez tous les médicaments **pris au cours des 7 derniers jours**. Ceci comprend les médicaments utilisés régulièrement mais pas toutes les semaines.

NOM DU MÉDICAMENT ET DOSE PRESCRITE	VOIE D'ADMINISTRATION	FRÉQUENCE	QA	PRD-N	CODES CIP
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Codage : se reporter aussi au chapitre 3, p. 166 *et sq*.

- **Colonne 1 : Nom du médicament et dose prescrite :** noter le nom des médicaments et les doses prescrites.
- **Colonne2 : Voie d'administration :** codez la voie d'administration en utilisant la liste d'abréviations suivante :
  1 = *per os*, par la bouche (PO)
  2 = sublinguale (SL)
  3 = intramusculaire (IM)
  4 = intraveineuse (IV)
  5 = sous-cutanée (SC)
  6 = rectale (R)
  7 = topique (T) ou (loc)
  8 = inhalation (I) ou (inhal)
  9 = sonde entérale (sonde)
  10 = autre (A)
- **Colonne 3 : Fréquence :** codez le nombre de fois par jour, semaine ou mois où le médicament est administré en utilisant la liste d'abréviations suivante :
  PRD = à la demande
  1/h = toutes les heures
  1/2 h = toutes les deux heures
  1/3 h = toutes les trois heures
  1/4 h = toutes les quatre heures
  1/6 h = toutes les six heures
  1/8 h = toutes les huit heures
  1/j = une fois par jour
  2/j = deux fois par jour
  3/j = trois fois par jour
  4/j = quatre fois par jour
  5/j = cinq fois par jour
  1/2 j = tous les deux jours
  1/sem. = une fois par semaine
  2/sem. = deux fois par semaine
  3/sem. = trois fois par semaine
  4/sem. = quatre fois par semaine
  5/sem. = cinq fois par semaine
  6/sem. = six fois par semaine
  AJ = tous les autres jours
  1/mois = une fois par mois
  2/mois = deux fois par mois
  Cont. = en continu
  A = autre
- **Colonne 4 : Quantité administrée (QA) :** notez le nombre de comprimés, gélules, suppositoires ou quantité de liquide administré au résident, **par dose**. Codez **999** pour les médications locales (par exemple, crème, pommade, gouttes oculaires), les inhalations et les médicaments par voie orale dissous dans l'eau.
- **Colonne 5 : Nombre de jours pour les médicaments « à la demande » (PRD-n) :** si la fréquence (colonne 3) est codée « PRD » (à la demande), notez le nombre de fois au cours des 7 derniers jours où chaque médicament a été donné.
- **Colonne 6. Codes CIP :** notez le code correspondant au médicament, son dosage et sa forme.

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

RECUEIL MINIMUM DE DONNÉES (MDS) VERSION 2.0
pour l'évaluation du résident en institution, en vue d'un plan d'intervention

FORMULAIRE D'ÉVALUATION TRIMESTRIEL (version courte)

A1	NOM DU RÉSIDENT	Nom Prénom
A2	N° D'UNITÉ ET N° DE CHAMBRE	unité de soins ____ chambre ____
A3	DATE DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉVALUATION	**a.** Date du dernier jour d'observation pour MDS jour ____ mois ____ année ____ **b**. Formulaire original (codez : 0), ou ayant reçu des corrections (codez nb corrections) ____
A4	DATE DE RÉADMISSION	*Date de réadmission depuis le dernier transfert dans un hôpital dans les 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 j)* jour ____ mois ____ année ____
A6	N°DE DOSSIER MÉDICAL	
B1	ÉTAT COMATEUX	*(État végétatif durable, inconscience)* **0**. non **1**. oui (**sauter à la section G**)
B2	MÉMOIRE	*(Se rappeler ce que l'on a appris ou su)* **a**. **COURT TERME :** semble se rappeler après 5 minutes **0**. mémoire OK **1**. Prob. de mémoire **b**. **LONG TERME :** semble se rappeler le passé **0.** mémoire OK **1**. Prob. de mémoire
B4	FACULTÉS COGNITIVES POUR LES DÉCISIONS COURANTES	*(Décisions du résident concernant les tâches de la vie quotidienne)* **0**. **INDÉPENDANT** : décisions logiques et raisonnables **1**. **INDÉPENDANCE RELATIVE** : quelques difficultés dans les situations nouvelles **2**. **DÉFICIENCE MODÉRÉE** : décisions de faible qualité, a besoin de stimulation et de supervision **3**. **DÉFICIENCE GRAVE** : ne prend pratiquement jamais de décisions
B5	SIGNES D'ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU (DELIRIUM) FLUCTUATIONS DE LA PENSÉE OU DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE	*(Codez le comportement durant les 7 derniers jours)* **Note : une évaluation précise demande un entretien avec le personnel et la famille qui ont une connaissance directe du comportement du résident pendant cette période**. **0**. comportement non observé **1**. comportement observé, mais n'est pas nouveau **2**. comportement observé, mais qui diffère du comportement habituel (ex : comportement nouveau ou détérioration) **a**. **FACILEMENT DISTRAIT** (ex : difficulté de concentration, dévie de son sujet) **b**. **ÉPISODES DE PERCEPTION CHANGEANTE DE L'ENVIRONNEMENT** (ex : parle à quelqu'un qui est absent, croit qu'il (elle) est quelqu'un d'autre, confond jour et nuit) **c**. **ÉPISODES DE DISCOURS INCOHÉRENT** (ex : discours dénué de sens ou hors de propos, sautant d'un sujet à l'autre, sans suite logique) **d**. **PÉRIODES D'AGITATION MOTRICE** (ex : avoir la bougeotte, martyriser sa peau, ses habits, changements fréquents de position, mouvements répétitifs, pousser des cris) **e**. **PÉRIODES DE LÉTHARGIE** (ex : apathie, avoir le regard perdu, réveil difficile, peu de mouvements du corps) **f**. **FONCTIONS MENTALES VARIANT EN COURS DE JOURNÉE** (ex : tantôt mieux, tantôt pire, comportements symptomatiques tantôt présents, tantôt absents)

C4	SE FAIRE COMPRENDRE	**0**. **EST COMPRIS** **1**. **EST GÉNÉRALEMENT COMPRIS** (difficulté pour trouver ses mots ou aller au bout de sa pensée) **2**. **EST PARFOIS COMPRIS** (capacité limitée à l'expression de demandes concrètes) **3**. **RAREMENT OU JAMAIS COMPRIS**
C6	CAPACITÉ À COMPRENDRE LES AUTRES	**0**. **COMPREND** **1**. **COMPREND GÉNÉRALEMENT**, risque de manquer une partie du message **2**. **COMPREND PARFOIS,** répond adéquatement à un message simple et direct **3**. **COMPREND RAREMENT OU JAMAIS**
E1	SIGNES DE DÉPRESSION, D'ANXIÉTÉ OU DE TRISTESSE	*Codez tous les signes observés au cours des **30 derniers jours**, quelle qu'en soit la cause* **0**. Signes non observés dans les 30 derniers jours **1**. Signes observés moins de 6 jours/semaine **2**. Signes observés quotidiennement ou presque (au moins 6 jours/semaine) **EXPRESSIONS VERBALES DE DÉTRESSE** **a**. Expressions négatives *(ex : « rien ne compte ; à quoi cela sert-il ? ; il vaudrait mieux que je sois mort ; pourquoi ai-je vécu si longtemps ? laissez-moi mourir »)* **b.** Question répétitives (ex : *« où est-ce que je vais ? Qu'est-ce que je fais? »*) **c**. Expressions répétitives (ex : appels à l'aide : *« Dieu me vienne en aide! »*) **d**. Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres (ex : facilement dérangé, colère d'être placé en institution, colère pour soins reçus) **e**. Dépréciation de soi (ex : « *je ne suis rien, je ne suis utile à personne* ») **f**. Expressions de peurs qui semblent in-fondées (ex : peur d'être abandonné, d'être laissé seul, d'être avec d'autres) **g**. Pensées morbides récurrentes (ex : croit qu'il va mourir, avoir une attaque) **h.** Plaintes répétées au sujet de sa santé (ex : demande constamment les soins d'un médecin, souci obsessionnel au sujet de fonctions corporelles) **i**. Plaintes anxieuses et répétées (ex : demande constamment de l'attention ou une approbation au sujet des repas, des horaires, des habits, des relations avec autrui) **PROBLÈMES LIÉS AU CYCLE DU SOMMEIL** **j**. Est de mauvaise humeur le matin **k**. Insomnie, changement du cycle du sommeil **ASPECT TRISTE, APATHIQUE, ANXIEUX** **l.** Visage exprimant tristesse, douleur, inquiétude (ex : front soucieux) **m**. Larmes et pleurs **n.** Mouvements physiques répétitifs (ex : faire les 100 pas, se tordre les mains, fébrilité, bouger sans arrêt) **PERTE D'INTÉRÊT** **o**. Abandon d'activités jusqu'ici appréciées (ex : perte d'intérêt pour des activités pratiquées auparavant, pour la compagnie de sa famille ou ses amis) **p**. Réduction des relations avec autrui
E2	PERSISTANCE DE L'HUMEUR	*Un ou plusieurs des indicateurs ci-dessus n'ont pas pu être facilement corrigés, **durant les 7 derniers jours**, en dépit de tentatives pour consoler, rassurer, encourager le résident.* **0.** aucun indicateur ci-dessus n'est présent **1.** indicateurs présents, facilement modifiés **2.** indicateurs présents, difficilement modifiés

case vide = mettre le code adéquat — **a.** case avec lettre = cocher tout ce qui s'applique

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

E4 COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

(A) FRÉQUENCE des symptômes dans 7 derniers jours
0. non observé dans les 7 derniers jours
1. observé entre 1 et 3 jours
2. observé entre 4 et 6 jours
3. observé quotidiennement

(B) VARIABILITÉ des symptômes dans les 7 derniers jours
0. symptôme non observé **ou** facilement modifié
1. observé mais difficilement modifié

	(A)	(B)
a. **DÉAMBULATION** (se déplace sans but ni besoin apparent, au mépris de sa sécurité)		
b. **AGRESSIVITÉ VERBALE** (menace, injurie, maudit autrui)		
c. **AGRESSIVITÉ PHYSIQUE** (frappe, repousse, griffe, agresse sexuellement autrui)		
d. **COMPORTEMENT SOCIALEMENT INADAPTÉ / PERTURBATEUR** (perturbe par des cris, du bruit, se masturbe ou se déshabille en public, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille dans les affaires des autres)		
e. **RÉSISTANCE AUX SOINS** (s'oppose à la prise de médicaments/injections, à être aidé pour les AVQ ou pour manger)		

G1 **(A)AVQ : PERFORMANCE** (codez la performance du résident **durant les 7 derniers jours, jour et nuit**, sans tenir compte de la préparation)

0. **INDÉPENDANT** : ni aide ni surveillance **OU** aide ou surveillance apportée 1 à 2 fois dans les 7 derniers jours

1. **SUPERVISION** : surveillance, encouragement ou indications donnés 3 fois ou plus dans 7 derniers jours **OU** supervision (3 fois ou +) et assistance physique (1 ou 2 fois dans 7 derniers jours)

2. **ASSISTANCE PARTIELLE** : résident très participant à l'activité, a reçu une aide physique pour la mobilisation de ses membres ou une assistance légère (le résident est actif) 3 fois ou plus **OU** aide plus importante donnée 1 ou 2 fois dans 7 derniers jours

3. **ASSISTANCE IMPORTANTE** : bien que le résident ait accompli une partie de l'activité, les aides suivantes ont été nécessaires 3 fois ou plus dans les 7 derniers jours :
- aide nécessitant de la force (résident passif)
- activité effectuée par le personnel à la place du résident pendant une partie seulement des 7 derniers jours

4. **ASSISTANCE TOTALE** : le personnel exécute en permanence l'activité à la place du résident durant les 7 derniers jours

8. **L'ACTIVITÉ N'A PAS ÉTÉ ACCOMPLIE** durant les 7 derniers jours

			(A)
a	MOBILITÉ AU LIT	Se redresser ou s'étendre, se tourner, changer de position lorsqu'on est au lit	
b	TRANSFERT	Se mouvoir de ou vers le lit, le fauteuil, le fauteuil roulant, se mettre debout (**SAUF** baignoire ou WC)	
c	MARCHE DANS LA CHAMBRE	Comment le résident marche d'un point à l'autre à l'intérieur de sa chambre	
d	MARCHE DANS LE COULOIR	Comment le résident marche dans le couloir de l'unité de soins	
e	DÉPLACEMENTS DANS L'UNITÉ	Se déplacer dans sa chambre ou sur l'étage (si fauteuil roulant, indépendance une fois installé)	
f	DÉPLACEMENTS HORS DE L'UNITÉ	Se rendre ou revenir de lieux situés hors de l'unité (cafétéria, salle de réunion ou de traitement) (si fauteuil roulant, indépendance une fois installé). Si l'établissement n'a qu'un étage, déplacement vers un lieu éloigné de l'unité	
g	HABILLEMENT	S'habiller et se déshabiller complètement (habits de ville), y compris mettre ou enlever une prothèse	
h	ALIMENTATION	Manger et boire (sans tenir compte de la dextérité), y compris prise de nourriture par d'autres moyens (ex : sonde, alimentation parentérale)	
i	UTILISATION DES TOILETTES (WC)	Utilisation des WC (chaise percée, urinal, protections), transfert de/vers les WC, se nettoyer, changer ses protections, prendre soin de sa poche, sa sonde, rajuster ses habits	
j	HYGIÈNE PERSONNELLE	Maintenir son hygiène personnelle : se coiffer, se laver les dents, se raser, se maquiller se laver et essuyer visage, mains et parties génitales (**SAUF** bain/douche)	

G2 BAIN / DOUCHE

Prendre un bain complet/douche, toilette complète au lavabo, entrer/sortir de la baignoire/douche (**SAUF** lavage du dos et des cheveux)

*Codez la performance et l'aide donnée dans les situations **les plus défavorables** observées*

(A) BAIN : PERFORMANCE (A)

0. indépendant
1. supervision, surveillance seulement
2. aide limitée à l'entrée ou la sortie
3. aide partielle pour le bain
4. dépendance totale
8. l'activité n'a pas été accomplie

G4 RESTRICTION FONCTIONNELLE DE L'AMPLITUDE DU MOUVEMENT

Codez les restrictions observées durant les 7 derniers jours qui limitent la fonction concernée ou met le résident en danger de se blesser

(A) AMPLITUDE DU MOUVEMENT
0. pas de restriction
1. restriction d'un côté
2. restriction des 2 côtés

(B) MOUVEMENT VOLONTAIRE
0. pas de perte
1. perte partielle
2. perte totale

(voir explications dans le manuel)

	(A)	(B)
a. cou		
b. bras (y compris épaule ou coude)		
c. main (y compris poignet ou doigts)		
d. jambe (y compris hanche ou genou)		
e. pied (y compris cheville ou orteils)		
f. autre restriction ou perte		

G6 MODES DE TRANSFERT

Cochez tout ce qui s'applique durant les 7 derniers jours

a. grabataire la plupart du temps ou tout le temps	a.
b. barrières de lit utilisées pour la mobilité au lit ou le transfert	b.
f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	f.

H1 CONTRÔLE DE LA CONTINENCE

*Codez la performance du résident **jour et nuit***

0. **CONTINENT :** contrôle complet (y compris usage de sonde urinaire à demeure, ou poche de stomie, sans fuites)

1. **HABITUELLEMENT CONTINENT : URINE** : épisodes d'incontinence 1 fois par semaine au moins - **SELLES** : moins de 1 fois/semaine

2. **OCCASIONNELLEMENT INCONTINENT : URINE** : épisodes d'incontinence 2 fois/semaine au moins mais pas quotidiennement **SELLES** : 1 fois/semaine

3. **FRÉQUEMMENT INCONTINENT : URINE** : tendance à l'incontinence quotidienne avec cependant persistance d'un contrôle (ex : de jour) - **SELLES** : 2-3 fois/semaine

4. **INCONTINENT - URINE :** contrôle inadéquat, multiples épisodes chaque jour - **SELLES** : tout (ou presque tout) le temps

a	CONTINENCE FÉCALE	Contrôle des selles, avec appareillage ou programme spécifique si utilisé	
b	CONTINENCE URINAIRE	Contrôle de la miction ou pertes minimes ne traversant pas les sous-vêtements, avec aides techniques (clamp pénien, sonde) ou programme d'incontinence si utilisé	

H2 ÉLIMINATION DES SELLES

Cochez ce qui s'applique

d. fécalome	d.
e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	e.

H3 MOYENS AUXILIAIRES ET PROGRAMMES

Cochez tout ce qui s'applique

a. mictions programmées	a.
b. programme de rééducation de la vessie	b.
c. condom, système de recueil externe	c.
d. sonde vésicale à demeure	d.
i. stomies	i.
j. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	j.

I2 INFECTIONS

j. infections des voies urinaires (dans **30 derniers jours**	j.
m. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	m.

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

I3 AUTRES DIAGNOSTICS ACTUELS (AVEC LES CODES CIM-10)

Notez toute maladie diagnostiquée durant les 90 derniers jours si elle a un impact sur les AVQ, l'état cognitif, les traitements médicaux, la surveillance infirmière ou un risque vital

a. . .

b. . .

J1 PROBLÈMES DE SANTE

*Cochez tous les problèmes s'étant présentés **dans les 7 derniers jours** (sauf autre indication de durée)*

c. déshydratation (élimination excédant l'absorption) — c.

i. hallucinations — i.

p. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — p.

J2 DOULEUR

*Pour l'intensité de la douleur, codez le niveau **le plus élevé** apparu durant **les 7 derniers jour**)*

a. FRÉQUENCE à laquelle le résident se plaint ou montre qu'il a mal

0. aucune douleur ***(sauter à J4)***
1. douleur moins que quotidienne
2. douleur quotidienne

b. INTENSITÉ de la douleur

1. douleur légère
2. douleur modérée
3. douleur par moments atroce ou insupportable

J4 ACCIDENTS

Cochez tout ce qui s'applique

a. chute dans les **30 derniers jours** — a.

b. chute survenue **il y a 31 à 180 jours** — b.

c. fracture de l'extrémité du col du fémur dans le **180 derniers jours** — c.

e. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — e.

J5 STABILITÉ DES PROBLÈMES

a. Les problèmes de santé rendent instables, précaires ou détériorent l'état cognitif, les AVQ, l'humeur ou le comportement du résident — a.

b. Le résident vit actuellement un épisode aigu ou la poussée d'un problème récurrent ou chronique — b.

c. Maladie en phase terminale avec 6 mois au plus à vivre — c.

d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — d.

K3 CHANGEMENT DE POIDS

a. **PERTE DE POIDS** : 5 % ou + dans les **derniers 30 jours**, ou 10 % ou + dans les **derniers 180 jours**

0. non **1.** oui

b. **GAIN DE POIDS** : 5 % ou + dans les **derniers 30 jours**, ou 10 % ou + dans les **derniers 180 jours**

0. non **1**. oui

K5 TYPE D'ALIMENTATION

*Cochez tout ce qui s'applique dans **7 derniers jours***

b. par sonde — b.

h. programme de changement de poids — h.

I. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — I.

M1 ULCÈRES (NOMBRE)

(quelle que soit la cause)

*Codez **le nombre d'ulcères** de chaque stade, quelle qu'en soit la cause. Codez tout ce qui s'applique **durant les 7 derniers jours**. Si aucun ulcère, codez **0.** Si plus de 9 ulcères, codez **9**. **Ceci requiert un examen corporel complet.***

Nb/stade

a. **stade 1** zone de rougeur persistante de la peau (sans lésion) qui ne disparaît pas quand le point de pression est supprimé

b. **stade 2** amincissement de la peau qui se présente cliniquement comme une abrasion, phlyctène ou plaie peu profonde

c. **stade 3** lésion cutanée exposant les tissus sous-cutanés, sous la forme d'une plaie profonde, avec ou sans atteinte des tissus adjacents

d. **stade 4** lésion des tissus cutanés et sous-cutanés, exposant les muscles et/ou les os

M2 TYPE D'ULCÈRE

*Pour chaque type d'ulcère ci-dessous, codez **le stade le plus élevé durant les 7 derniers jours** : **0**=aucun, **1**=stade 1, **2**=stade 2, etc.)*

a. ulcère de décubitus (**ESCARRE**) : toute lésion cutanée causée par pression et endommageant les tissus sous-jacents

b. ulcère de stase (**VARIQUEUX**) : lésion ouverte causée par une circulation veineuse déficiente des membres inférieurs

N1 PÉRIODES D'ÉVEIL

*Cochez ce qui s'applique durant **7 derniers jours***

Le résident est éveillé la plupart du temps (pas de sieste de plus d'une heure) pendant :

a. le matin — a.

b. l'après-midi — b.

c. le soir — c.

d. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — d.

Si le résident est dans le coma, sauter à la section O

N2 TEMPS MOYEN CONSACRÉ AUX OCCUPATIONS

Pendant le temps de veille et en dehors du temps consacré aux traitements ou aux AVQ, le résident consacre à ses occupations :

0. la plupart du temps (2/3 ou plus)
1. une partie du temps (de 1/3 à 2/3)
2. peu de temps (moins de 1/3)
3. aucune occupation

O1 NOMBRE DE MEDICAMENTS

Notez le nombre de médicaments différents utilisés au cours des **7 derniers jours** (noter **0** si aucun médicament n'a été utilisé)

O4 PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS PARTICULIERS

*Notez le **nombre de jours** durant les **7 derniers jours** où le résident a reçu les médicaments ci-dessous. Si aucun de ces médicaments n'a été utilisé, notez **0**. Si un médicament retard a été utilisé moins d'une fois par semaine, noter **1***

a. neuroleptiques

b. anxiolytiques

c. antidépresseurs

d. hypnotiques

e. diurétiques

P4 MOYENS DE CONTENTION

*Codez ce qui s'applique **durant les 7 derniers jours***

0. pas utilisé
1. utilisé moins que quotidiennement
2. utilisé quotidiennement

a. barrières de lits complètes, de tous les côtés du lit

b. autres types de barrières de lit (ex : demi-barrières, sur un côté du lit seulement)

c. contention du tronc

d. contention des membres

e. attaches au fauteuil

Q2 CHANGEMENT GLOBAL EN BESOIN DE SOINS

L'indépendance générale du résident s'est modifiée **par rapport à il y a 90 jours** (ou depuis la dernière évaluation, si moins de 90 jours)

0. pas de changement
1. amélioration : reçoit moins d'aide, requiert moins de soins
2. détérioration : reçoit davantage d'aide

R2 SIGNATURES

a.

(signature du coordinateur de l'évaluation)

b. date — jour / mois / année

Signatures des autres participants *titre* *date*

c.

d.

e.

f.

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

RECUEIL MINIMUM DE DONNÉES (MDS) VERSION 2.0
pour l'évaluation du résident en institution, en vue d'un plan d'intervention

FORMULAIRE D'ÉVALUATION TRIMESTRIEL (version complète)

A1	NOM DU RÉSIDENT	Nom Prénom
A2	N° D'UNITÉ ET N° DE CHAMBRE	unité de soins ____ chambre ____
A3	DATE DE RÉFÉRENCE DE L'ÉVALUATION	a. Date du dernier jour d'observation pour MDS jour - mois - année b. Formulaire original (codez : 0), ou ayant reçu des corrections (codez nb corrections)
A4	DATE DE RÉADMISSION	*Date de réadmission depuis le dernier transfert dans un hôpital dans les 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)* jour mois année
A6	N° DE DOSSIER MÉDICAL	
B1	ÉTAT COMATEUX	*(État végétatif durable, inconscience)* **0**. non **1**. oui (**sauter à la section G)**
B2	MÉMOIRE	*(Se rappeler ce que l'on a appris ou su)* **a. COURT TERME :** SEMBLE SE RAPPELER APRÈS 5 MINUTES **0**. mémoire OK **1**. Prob. de mémoire **b. LONG TERME :** SEMBLE SE RAPPELER LE PASSÉ **0**. mémoire OK **1**. Prob. de mémoire
B3	MÉMOIRE CAPACITÉ DE SE SOUVENIR	*Cochez tout ce dont le résident est capable de se souvenir durant les 7 derniers jours* **a.** saison actuelle [a.] **b.** situation de sa propre chambre [b.] **c.** nom, visage des membres du personnel [c.] **d.** le fait d'être dans une institution [d.] **e.** AUCUN SOUVENIR DES POINTS CI-DESSUS [e.]
B4	FACULTÉS COGNITIVES POUR LES DÉCISIONS COURANTES	*(Décisions du résident concernant les tâches de la vie quotidienne)* **0. INDÉPENDANT :** décisions logiques et raisonnables **1. INDÉPENDANCE RELATIVE :** quelques difficultés dans les situations nouvelles **2. DÉFICIENCE MODÉRÉE :** décisions de faible qualité, a besoin de stimulation et de supervision **3. DÉFICIENCE GRAVE :** ne prend pratiquement jamais de décisions
B5	SIGNES D'ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU (DELIRIUM) FLUCTUATIONS DE LA PENSÉE OU DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE	*Codez le comportement durant les 7 derniers jours* **Note : une évaluation précise demande un entretien avec le personnel et la famille qui ont une connaissance directe du comportement du résident pendant cette période**. **0.** comportement non observé **1.** comportement observé, mais n'est pas nouveau **2.** comportement observé, mais qui diffère du comportement habituel (ex : comportement nouveau ou détérioration) **a. FACILEMENT DISTRAIT** (ex : difficulté de concentration, dévie de son sujet) **b. ÉPISODES DE PERCEPTION CHANGEANTE DE L'ENVIRONNEMENT** (ex : parle à quelqu'un qui est absent, croit qu'il (elle) est quelqu'un d'autre, confond jour et nuit) **c. ÉPISODES DE DISCOURS INCOHÉRENT** (ex : discours dénué de sens ou hors de propos, sautant d'un sujet à l'autre, sans suite logique) **d. PÉRIODES D'AGITATION MOTRICE** (ex : avoir la bougeotte, martyriser sa peau, ses habits, changements fréquents de position, mouvements répétitifs, pousser des cris)

B5	SIGNES D'ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU (DELIRIUM *(SUITE)*	**e. PÉRIODES DE LÉTHARGIE** (ex : apathie, avoir le regard perdu, réveil difficile, peu de mouvements du corps) **f. FONCTIONS MENTALES VARIANT EN COURS DE JOURNÉE** (ex : tantôt mieux, tantôt pire, comportements symptomatiques tantôt présents, tantôt absents)
C4	SE FAIRE COMPRENDRE	**0. EST COMPRIS** **1. EST GÉNÉRALEMENT COMPRIS** (difficulté pour trouver ses mots ou aller au bout de sa pensée) **2. EST PARFOIS COMPRIS (**capacité limitée à l'expression de demandes concrètes) **3. RAREMENT OU JAMAIS COMPRIS**
C6	CAPACITÉ À COMPRENDRE LES AUTRES	**0. COMPREND** **1. COMPREND GÉNÉRALEMENT**, risque de manquer une partie du message **2. COMPREND PARFOIS**, répond adéquatement à un message simple et direct **3. COMPREND RAREMENT OU JAMAIS**
E1	SIGNES DE DÉPRESSION, D'ANXIÉTÉ OU DE TRISTESSE	*Codez tous les signes observés au cours des **30 derniers jours**, quelle qu'en soit la cause* **0**. Signes non observés dans les 30 derniers jours **1**. Signes observés moins de 6 jours/semaine **2.** Signes observés quotidiennement ou presque (au moins 6 jours/semaine) **EXPRESSIONS VERBALES DE DÉTRESSE** **a.** Expressions négatives *(ex : « rien ne compte ; à quoi cela sert-il ? ; il vaudrait mieux que je sois mort ; pourquoi ai-je vécu si longtemps ? laissez-moi mourir »)* **b.** Question répétitives *(ex : « où est-ce que je vais ? Qu'est-ce que je fais? »)* **c.** Expressions répétitives (ex : appels à l'aide, *« Dieu me vienne en aide ! »)* **d.** Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres (ex : facilement dérangé, colère d'être placé en institution, colère pour soins reçus) **e.** Dépréciation de soi (ex : « *je ne suis rien, je ne suis utile à personne* ») **f.** Expressions de peurs qui semblent in-fondées (ex : peur d'être abandonné, d'être laissé seul, d'être avec d'autres) **g.** Pensées morbides récurrentes (ex : croit qu'il va mourir, avoir une attaque) **h.** Plaintes répétées au sujet de sa santé (ex : demande constamment les soins d'un médecin, souci obsessionnel au sujet de fonctions corporelles) **i.** Plaintes anxieuses et récurrentes (ex : demande constamment de l'attention ou une approbation au sujet des repas, des horaires, des habits, des relations avec autrui) **PROBLÈMES LIÉS AU CYCLE DU SOMMEIL** **j.** Est de mauvaise humeur le matin **k.** Insomnie, changement du cycle du sommeil **ASPECT TRISTE, APATHIQUE, ANXIEUX** **l.** Visage exprimant tristesse, douleur, inquiétude (ex : front soucieux) **m.** Larmes et pleurs **n.** Mouvements physiques répétitifs (ex : faire les 100 pas, se tordre les mains, fébrilité, bouger sans arrêt) **PERTE D'INTÉRÊT** **o.** Abandon d'activités jusqu'ici appréciées (ex : perte d'intérêt pour des activités pratiquées auparavant, pour la compagnie de sa famille ou ses amis) **p.** Réduction des relations avec autrui

[ ] case vide = mettre le code adéquat — [a.] case avec lettre = cocher tout ce qui s'applique

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

E2 PERSISTANCE DE L'HUMEUR

*Un ou plusieurs des indicateurs ci-dessus n'ont pas pu être facilement corrigés, **durant les 7 derniers jours**, en dépit de tentatives pour consoler, rassurer, encourager le résidant.*

0. aucun indicateur ci-dessus n'est présent
1. indicateurs présents, facilement modifiés
2. indicateurs présents, difficilement modifiés

E4 COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

(A) FRÉQUENCE des symptômes dans 7 derniers jours
0. non observé dans les 7 derniers jours
1. observé entre 1 et 3 jours
2. observé entre 4 et 6 jours
3. observé quotidiennement

(B) VARIABILITÉ des symptômes dans les 7 derniers jours
0. Symptôme non observé **ou** facilement modifié
1. Observé mais difficilement modifié

	(A)	(B)
a. DÉAMBULATION (se déplace sans but ni besoin apparent, au mépris de sa sécurité)		
b. AGRESSIVITÉ VERBALE (menace, injurie, maudit autrui)		
c. AGRESSIVITÉ PHYSIQUE (frappe, repousse, griffe, agresse sexuellement autrui)		
d. COMPORTEMENT SOCIALEMENT INADAPTÉ / PERTURBATEUR (perturbe par des cris, du bruit, se masturbe ou se déshabille en public, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille dans les affaires des autres)		
e. RÉSISTANCE AUX SOINS (s'oppose à la prise de médicaments/injections, à être aidé pour les AVQ ou pour manger)		

G1 **(A) AVQ : PERFORMANCE** *(Codez la performance du résident **durant les 7 derniers jours, jour et nuit**, sans tenir compte de la préparation)*

0. **INDÉPENDANT** : ni aide ni surveillance **OU** aide ou surveillance apportée 1 à 2 fois dans les 7 derniers jours

1. **SUPERVISION** : surveillance, encouragement ou indications donnés 3 fois ou plus dans 7 derniers jours. **OU** supervision (3 fois ou +) et assistance physique (1 ou 2 fois dans les 7 derniers jours)

2. **ASSISTANCE PARTIELLE** : résident très participant à l'activité, a reçu une aide physique pour la mobilisation de ses membres ou une assistance légère (le résident est actif) 3 fois ou plus **OU** aide plus importante donnée 1 ou 2 fois dans les 7 derniers jours

3. **ASSISTANCE IMPORTANTE** : bien que le résident ait accompli une partie de l'activité, les aides suivantes ont été nécessaires 3 fois ou plus dans les 7 derniers jours :
- aide nécessitant de la force (résident passif)
- activité effectuée par le personnel à la place du résident pendant une partie seulement des 7 derniers jours

4. **ASSISTANCE TOTALE** : le personnel exécute en permanence l'activité à la place du résident durant les 7 derniers jours

8. **L'ACTIVITÉ N'A PAS ÉTÉ ACCOMPLIE** durant les 7 derniers jours

(B) AVQ : AIDE DONNÉE *(Codez **le niveau le plus élevé** d'aide donnée au cours des 7 derniers jours, jour et nuit).*
***Codez indépendamment de la performance du résident** (colonne A).*

	(A) performance	(B) Aide donnée
0. pas de préparation ni d'aide physique du personnel		
1. aide uniquement pour la préparation de l'activité		
2. aide physique d'une personne		
3. aide physique de deux personnes ou plus		
8. l'activité n'a pas été accomplie durant les 7 derniers jours		

a	MOBILITÉ AU LIT	Se redresser ou s'étendre, se tourner, changer de position lorsqu'on est au lit		
b	TRANSFERT	Se mouvoir de ou vers le lit, le fauteuil, le fauteuil roulant, se mettre debout (**SAUF** baignoire ou WC)		
c	MARCHE DANS LA CHAMBRE	Comment le résident marche d'un point à l'autre à l'intérieur de sa chambre		
d	MARCHE DANS LE COULOIR	Comment le résident marche dans le couloir de l'unité de soins		
e	DÉPLACEMENTS DANS L'UNITÉ	Se déplacer dans sa chambre ou sur l'étage (si fauteuil roulant, indépendance une fois installé)		
f	DÉPLACEMENTS HORS DE L'UNITÉ	Se rendre ou revenir de lieux situés hors de l'unité (cafétéria, salle de réunion ou de traitement) (si fauteuil roulant, indépendance une fois installé). Si l'établissement n'a qu'un étage, déplacement vers un lieu éloigné de l'unité		
g	HABILLEMENT	S'habiller et se déshabiller complètement (habits de ville), y compris mettre ou enlever une prothèse		
h	ALIMENTATION	Manger et boire (sans tenir compte de la dextérité), y compris prise de nourriture par d'autres moyens (ex : sonde, alimentation parentérale)		
i	UTILISATION DES TOILETTES (WC)	Utilisation des WC (chaise percée, urinal, protections), transfert de/vers les WC, se nettoyer, changer ses protections, prendre soin de sa poche, sa sonde, rajuster ses habits		
j	HYGIÈNE PERSONNELLE	Maintenir son hygiène personnelle: se coiffer, se laver les dents, se raser, se maquiller se laver et essuyer visage, mains et parties génitales (**SAUF** bain/douche)		

G2 BAIN / DOUCHE

Prendre un bain complet/douche, toilette complète au lavabo, entrer/sortir de la baignoire/douche (**SAUF** lavage du dos et des cheveux)

*Codez la performance et l'aide donnée dans les situations **les plus défavorables** observée*

(A) BAIN : PERFORMANCE

0. indépendant
1. supervision, surveillance seulement
2. aide limitée à l'entrée ou la sortie
3. aide partielle pour le bain
4. dépendance totale
8. l'activité n'a pas été accomplie

(B) BAIN : AIDE DONNÉE (utilisez le code « aide donnée » défini en G1b)

	(A) PERFORMANCE	(B) AIDE DONNÉE

G3 TEST D'ÉQUILIBRE (voir explications dans le manuel)

*Codez selon les résultats du test effectué **au cours des 7 derniers jours***

0. maintient la position (cf. explication du test)
1. instable mais peut rétablir son équilibre sans aide
2. aide partielle pendant le test **OU** est debout (assis) mais ne suit pas les indications du test
3. ne peut effectuer le test sans aide physique
8. test non effectué

a. équilibre debout	
b. équilibre assis (position, contrôle du buste)	

G4 RESTRICTION FONCTIONNELLE DE L'AMPLITUDE DU MOUVEMENT (voir explications dans le manuel)

Codez les restrictions observées durant les 7 derniers jours qui limitent la fonction concernée ou met le résident en danger de se blesser

(A) AMPLITUDE DU MOUVEMENT
0. pas de restriction
1. restriction d'un côté
2. restriction des 2 côtés

(B) MOUVEMENT VOLONTAIRE
0. pas de perte
1. perte partielle
2. perte totale

	(A)	(B)
a. cou		
b. bras (y compris épaule ou coude)		
c. main (y compris poignet ou doigts)		
d. jambe (y compris hanche ou genou)		
e. pied (y compris cheville ou orteils)		
f. autre restriction ou perte		

G6 MODES DE TRANSFERT

Cochez tout ce qui s'applique durant les 7 derniers jours

a. grabataire la plupart du temps ou tout le temps	a.
b. barrières de lit utilisées pour la mobilité au lit ou le transfert	b.
c. soulevé manuellement	c.
d. soulevé mécaniquement	d.
e. aide technique (ex : planche, potence, canne, déambulateur, appareil orthopédique)	e.
f. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	f.

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

H1 *Codez la performance du résident **jour et nuit***

0. **CONTINENT :** contrôle complet (y compris usage de sonde urinaire à demeure, ou poche de stomie, sans fuites)
1. **HABITUELLEMENT CONTINENT : URINE** : épisodes d'incontinence une fois par semaine au moins - **SELLES** : moins de 1 fois/semaine
2. **OCCASIONNELLEMENT INCONTINENT : URINE** : épisodes d'incontinence 2 fois/semaine au moins mais pas quotidiennement **SELLES** : 1 fois/semaine
3. **FRÉQUEMMENT INCONTINENT : URINE** : tendance à l'incontinence quotidienne avec cependant persistance d'un contrôle (ex : de jour) - **SELLES** : 2-3 fois/semaine
4. **INCONTINENT : URINE** : contrôle inadéquat, multiples épisodes chaque jour – **SELLES** : tout (ou presque tout) le temps

a	CONTINENCE FÉCALE	Contrôle des selles, avec appareillage ou programme spécifique si utilisé	
b	CONTINENCE URINAIRE	Contrôle de la miction ou pertes minimes ne traversant pas les sous-vêtements, avec aides techniques (clamp pénien, sonde) ou programme d'incontinence si utilisé	

H2 ÉLIMINATION DES SELLES — *Cochez ce qui s'applique*

- **c.** diarrhée — c.
- **d.** fécalome — d.
- **e.** AUCUNE DE CES RUBRIQUES — e.

H3 MOYENS AUXILIAIRES ET PROGRAMMES — *Cochez tout ce qui s'applique*

- **a.** mictions programmées — a.
- **b.** programme de rééducation de la vessie — b.
- **c.** condom, système de recueil externe — c.
- **d.** sonde vésicale à demeure — d.
- **i.** stomies — i.
- j. AUCUNE DE CES RUBRIQUES — j.

Ne cochez que les maladies ayant un effet sur l'état actuel des AVQ, de l'état cognitif, de l'humeur, du comportement, des traitements médicaux, de la surveillance infirmière ou du risque de décès.
Ne cochez pas les maladies anciennes ou en rémission.

I1 MALADIES — *Si aucune maladie, cochez la case « AUCUNE DE CES RUBRIQUES »*

MUSCLES/SQUELETTE		**w.** sclérose en plaques	w.
m. fracture col du fémur	m.	**z.** quadriplégie	z.
NEUROLOGIE		**PSYCHISME**	
r. aphasie	r.	ee. dépression	ee.
s. paralysie cérébrale	s.	**ff.** psychose maniacodépressive	ff.
t. accident vasculaire cérébral (attaque)	t.		
v. hémiplégie, hémiparésie	v.	**rr.** AUCUNE DE CES RUBRIQUES	rr.

I2 INFECTIONS — *Si aucune infection, cochez « AUCUNE DE CES RUBRIQUES »*

a. infection résistant aux antibiotiques	a.	**g.** septicémie	g.
		h. maladies sexuellement transmissibles	h
b. clostridium difficile	b.	**i.** tuberculose	i.
c. conjonctivite	c	**j.** infection des voies urinaires (dans les **30 derniers jours**)	j.
d. séropositivité (SIDA)	d.		
e. pneumonie	e.	**k.** hépatite virale	k.
f. infection des voies respiratoires	f.	**l.** blessure infectée	l.
		m. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	m.

I3 AUTRES DIAGNOSTICS ACTUELS (AVEC LES CODES CIM-10) — *Notez toute maladie diagnostiquée durant les 90 derniers jours si elle a un impact sur les AVQ, l'état cognitif, les traitements médicaux, la surveillance infirmière ou un risque vital*

a. _____ . _____
b. _____ . _____

J1 PROBLÈMES DE SANTÉ — *Cochez tous les problèmes s'étant présentés **dans les 7 derniers jours** (sauf autre indication de durée)*

INDICATEURS D'ÉTAT HYDRIQUE		**AUTRES**	
a. perte de poids (>1,5kg depuis 7 jours)	a.	**e.** idées délirantes	e.
		g. œdème	g.
b. ne peut s'étendre (pour cause de dyspnée)	b.	**h.** fièvre	h.
		i. hallucinations	i.
		j. hémorragie interne	j.
c. déshydratation (élimination excédant l'absorption)	c.	**k.** aspirations bronchiques répétées **durant les 90 derniers jours**	k.
d. absorption hydrique insuffisante (n'a pas absorbé tout/partie boissons offertes dans les **3 derniers jours**)	d.	**l.** essoufflement, dyspnée	l.
		n. démarche mal assurée	n.
		o. vomissements	o.
		p. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	p.

J2 DOULEUR — *Pour l'intensité de la douleur, codez le niveau **le plus élevé** apparu durant **les 7 derniers jours***

a. **FRÉQUENCE** à laquelle le résident se plaint ou montre qu'il a mal

0. aucune douleur ***(sauter à J4)***
1. douleur moins que quotidienne
2. douleur quotidienne

b. **INTENSITÉ** de la douleur

1. douleur légère
2. douleur modérée
3. douleur par moments atroce ou insupportable

J4 ACCIDENTS — *Cochez tout ce qui s'applique*

a. chute dans les **30 derniers jours**	a	**c.** fracture du col du fémur dans le **180 derniers jours**	c.
b. chute survenue **il y a 31 à 180 jours**	b.	**e.** AUCUNE DE CES RUBRIQUES	e.

J5 STABILITÉ DES PROBLÈMES

- **a.** les problèmes de santé rendent instables, précaires ou détériorent l'état cognitif, les AVQ, l'humeur ou le comportement du résident — a.
- **b.** le résident vit actuellement un épisode aigu ou la poussée d'un problème récurrent ou chronique — b.
- **c.** maladie en phase terminale avec 6 mois au plus à vivre — c.
- **d.** AUCUNE DE CES RUBRIQUES — d.

K1 PROBLÈMES BUCCAUX — *Cochez tout ce qui s'applique*

- **a.** problèmes de mastication — a.
- **b.** problèmes de déglutition — b.
- **d.** AUCUNE DE CES RUBRIQUES — d.

K2 TAILLE ET POIDS — *Notez la taille en cm et le poids en kg. Pour le poids, mesure la plus récente dans les **30 derniers jours**. Mesurez le poids dans des conditions identiques à chaque fois (ex : le matin à jeun, après élimination, sans souliers, en tenue de nuit).*

a. taille (cm) ___ ___ ___ **b**. poids (kg) ___ ___ ___ . ___

K3 CHANGEMENT DE POIDS

a. **PERTE DE POIDS** : 5 % ou + dans les **30 derniers jours**, ou 10 % ou + dans les **180 derniers jours**
0. non **1.** oui

b. **GAIN DE POIDS** : 5 % ou + dans les **30 derniers jours**, ou 10 % ou + dans les **derniers 180 jours**
0. non **1**. oui

K5 TYPE D'ALIMENTATION — *Cochez tout ce qui s'applique dans **7 derniers jours***

a. parentérale / IV	a.	**h.** programme de changement de poids	h.
b. par sonde	b.	**I.** AUCUNE DE CES RUBRIQUES	I.

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

			Nb./stade
M1	ULCÈRES (NOMBRE) (quelle que soit la cause)	*Codez **le nombre d'ulcères** de chaque stade, quelle qu'en soit la cause. Codez tout ce qui s'applique durant les **7 derniers jours**. Si aucun ulcère, codez **0**. Si plus de 9 ulcères, codez **9**. **Ceci requiert un examen corporel complet.***	
		a. stade 1 zone de rougeur persistante de la peau (sans lésion) qui ne disparaît pas quand le point de pression est supprimé	
		b. stade 2 amincissement de la peau qui se présente cliniquement comme une abrasion, phlyctène ou plaie peu profonde	
		c. stade 3 lésion cutanée exposant les tissus sous-cutanés, sous la forme d'une plaie profonde, avec ou sans atteinte des tissus adjacents	
		d. stade 4 lésion des tissus cutanés et sous-cutanés, exposant les muscles et / ou les os	
M2	TYPE D'ULCÈRE	*Pour chaque type d'ulcère ci-dessous, codez **le stade le plus élevé durant les 7 derniers jours** : **0**=aucun, **1**=stade 1, **2**=stade 2, etc.*	
		a. ulcère de décubitus (**ESCARRE**) : toute lésion cutanée causée par pression et endommageant les tissus sous-jacents	
		b. ulcère de stase (**VARIQUEUX**) : lésion ouverte causée par une circulation veineuse déficiente des membres inférieurs	
M4	AUTRES PROBLÈMES OU LÉSIONS DE LA PEAU	*Cochez tout ce qui s'applique durant les **7 derniers jours***	.
		a. écorchures, contusions (bleus)	a.
		b. brûlures (2e ou 3e degré)	b.
		c. lésions ouvertes autres qu'ulcères, coupures, rougeurs (ex : lésions cancéreuses)	c.
		d. éruptions (ex : impétigo, eczéma, herpès, éruption médicamenteuse, rougeurs)	q.
		e. peau insensible à la douleur, la compression	e.
		f. coupure ou déchirure (non chirurgicale)	f.
		g. plaie chirurgicale	g.
		h. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	h.
M5	TRAITEMENTS DE LA PEAU	*Cochez tout ce qui s'applique durant les **7 derniers jour**s*	
		a. moyens auxiliaires anti-escarres (chaise)	a.
		b. moyens auxiliaires anti-escarres (lit)	b.
		c. programme de changement de position	c.
		d. programme nutritionnel ou d'hydratation destiné au traitement de la peau	d.
		e. soins d'ulcère	e.
		f. soins de plaie chirurgicale	f.
		g. pansements avec ou sans application d'une médication locale (**SAUF** pieds)	g.
		h. onguents, médicaments (**SAUF** pieds)	h.
		i. autres soins préventifs ou protecteurs pour la peau (**SAUF** pieds)	i.
		j. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	j.
M6	PROBLÈMES ET SOINS DES PIEDS	*Cochez tout ce qui s'applique durant les **7 derniers jours***	
		a. problèmes des pieds (cors, callosités, oignon, orteils en marteau ou qui se croisent, douleur, troubles statiques)	a.
		b. infection au(x) pied(s): ex : cellulite, drainage purulent	b.
		c. lésion ouverte au pied	c.
		d. ongles/callosités coupés dans **90 derniers jours**	d.
		e. soins de pieds préventifs ou protecteurs (p. ex. souliers spéciaux, coussinets, tampons)	e.
		f. pansements (avec ou sans application d'une médication locale)	f.
		g. AUCUNE DE CES RUBRIQUES	g.

N1	PÉRIODES D'ÉVEIL	*Cochez ce qui s'applique durant les **7 derniers jours***
		le résident est éveillé la plupart du temps (pas de sieste de plus d'une heure) pendant :
		a. le matin [a.] **c.** le soir [c.]
		b. l'après-midi [b.] **d.** AUCUNE DE CES RUBR. [d.]
		Si le résident est dans le coma, sauter à la section O
N2	TEMPS MOYEN CONSACRÉ AUX OCCUPATIONS	*Pendant le temps de veille et en dehors du temps consacré aux traitements ou aux AVQ, le résident consacre à ses occupations :*
		0. la plupart du temps (2/3 ou plus) **1**. une partie du temps (de 1/3 à 2/3) **2**. peu de temps (moins de 1/3) **3**. aucune occupation
O1	NOMBRE DE MÉDICAMENTS	Notez le nombre de médicaments différents utilisés au cours des **7 derniers jours** (notez **0** si aucun médicament n'a été utilisé)
O3	INJECTIONS	Notez **le nombre de jours** au cours desquels le résident a reçu une (ou plusieurs) injection(s) quelconque(s) durant les **7 derniers jours**. Si aucune injection, noter **0**.
O4	PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS PARTICULIERS	*Notez le **nombre de jours** durant les **7 derniers jours** où le résident a reçu les médicaments ci-dessous. Si aucun de ces médicaments n'a été utilisé, notez **0**. Si un médicament retard a été utilisé moins d'une fois par semaine, notez **1*** **a.** antipsychotiques **d.** hypnotiques **b.** anxiolytiques **e.** diurétiques **c.** antidépresseurs
P1	PROCÉDURES TRAITEMENTS SPÉCIAUX	**a. SOINS SPÉCIAUX** : cochez tous les traitements ou programmes reçus au cours des **14 derniers jours**

TRAITEMENTS		**PROGRAMMES**	
a. chimiothérapie	a.	**m.** désintoxication-(alcool ou drogue)	m.
b. dialyse	b.		
c. médication IV	c.	**n.** unité spéciale de soins pour déments (Alzheimer)	n.
d. absorption/élimination (suivi)	d.		
e. suivi de maladie aiguë	e.	**o.** soins palliatifs	o.
f. soins de stomie	f.	**p.** unité spéciale pour jeunes handicapés	p.
g. oxygène	g.		
h. radiothérapie	h.	**q.** séjour de convalescence, de répit	q.
i. aspiration	i.		
j. soins de trachéotomie	j.	**r.** soins de réadaptation intensifs en vue d'un retour à domicile	r.
k. transfusions	k.		
l. ventilateur ou respirateur	l.	**s.** AUCUNE DE CES RUBRIQUES	s.

b. THÉRAPIES : notez le nombre de jours et le total de minutes pour chacune des thérapies suivantes données **en thérapie individuelle par un professionnel diplômé** de ces disciplines, après l'admission, pendant au moins 15 mn/j **au cours des 7 derniers jours** ; (codez **0** si thérapie non administrée ou administrée à raison de moins de 15 mn/j)

	JOURS	**MINUTES**
	(A)	**(B)**
(A) Nombre de jours		
(B) Nombre total de mn/sem.		
a. logopédie (CH), orthophonie, rééducation auditive		
b. ergothérapie, thérapie occupationnelle		
c. kinési-(physio-)thérapie		
d. thérapie respiratoire		
e. psychothérapie		

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

P3	SOINS INFIRMIERS DE RÉADAPTATION	Notez le **nombre de jours** où chacune des techniques de réadaptation suivantes a été administrée par le personnel infirmier ou sous sa supervision **pendant au moins 15 mn par jour** au cours des **7 derniers jours**. Coder **0** si la technique n'a pas été utilisée ou utilisée moins de 15 minutes par jour.	
		a. mobilisation passive	
		b. mobilisation active	
		c. utilisation d'attelles ou autres appareils orthopédiques	
		FORMATION /ENTRAÎNEMENT DE L'HABILETÉ À	
		d. mobilité au lit	
		e. transfert	
		f. marche	
		g. habillement, soins de toilette/beauté	
		h. manger, avaler	
		i. soins de moignon, de prothèse	
		j. communication	
		k. autre	
P4	MOYENS DE CONTENTION	*Codez ce qui s'applique* ***durant les 7 derniers jours*** **0.** pas utilisé **1.** utilisé moins que quotidiennement **2.** utilisé quotidiennement	
		a. barrières de lits complètes, de tous les côtés du lit	
		b. autres types de barrières de lit (ex : demi-barrières, sur un côté du lit seulement)	
		c. contention du tronc	
		d. contention des membres	
		e. attaches au fauteuil	
P7	VISITES MÉDICALES	**Dans les 14 derniers jours** (ou depuis l'admission si moins de 14 jours), notez le **NOMBRE DE JOURS** où un médecin a examiné le résident. Notez **0** si aucun.	
P8	PRESCRIPTIONS MÉDICALES	**Dans les 14 derniers jours** (ou depuis l'admission si moins de 14 jours), notez le **nombre de jours** où un médecin a changé les prescriptions médicales du résident (ne pas tenir compte du renouvellement sans changement de la prescription). Notez **0** si aucun.	
Q2	CHANGEMENT GLOBAL EN BESOIN DE SOINS	L'indépendance générale du résident s'est modifiée **par rapport à il y a 90 jours** (ou depuis la dernière évaluation, si moins de 90 jours) **0**. PAS DE CHANGEMENT **1**. AMÉLIORATION : reçoit moins d'aide, requiert moins de soins **2**. DÉTÉRIORATION : reçoit davantage d'aide	
R2	SIGNATURES	**a.** *(signature du coordinateur de l'évaluation)*	
		b. date jour mois année	
		Signatures des autres participants *titre* *date*	
		c.	
		d.	
		e.	
		f.	

SUITE DE LA DÉMARCHE RAI :

* Remplissez maintenant le « Tableau d'alarme »

** Notez les domaines d'intervention qu'il vous signale

puis

*** Reportez-vous aux GAD pour les domaines d'intervention correspondants qui vous aideront à définir votre stratégie pour élaborer votre plan de soins

**** Enfin, notez les décisions prises sur « la récapitulation des GAD ».

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

RECUEIL MINIMUM DE DONNÉES (MDS) VERSION 2.0
pour l'évaluation du résident en institution, en vue d'un plan d'intervention

TABLEAU D'ALARME

LÉGENDE : Pour le signalement d'un GAD

- ● = 1 item requis
- ❷ = 2 items requis
- * = 1 de ces 3 items accompagné *au minimum* de l'un des autres items
- (a) = quand les 2 types de signaux d'alarme d'AVQ sont présents, l'entretien prend le pas.

Lorsqu'un domaine d'intervention est signalé, reportez-vous au GAD correspondant.

Item MDS	Intitulé de l'item	Code	État confusionnel aigu (*delirium*)	Perte cognitive/démence	Fonction visuelle	Communication	(a) AVQ : Potentiel de réadaptation fonct.	(a)AVQ : Entretien	Incontinence urinaire/sonde à demeure	Bien-être psychosocial	Humeur	Problèmes de comportement	Occupations A : Modification du programme	Occupations B : Réexamen des activités	Chutes	État nutritionnel	Alimentation par sonde	Déshydratation/équilibre liquidien	Soins dentaires	Escarres (ulcères de pression)	Usage de médicaments psychotropes	Contention physique	Item MDS
B2a	Mémoire à court terme	1		●																			B2a
B2b	Mémoire à long terme	1		●																			B2b
B4	Prise de décision	1,2 ou 3		●																			B4
B4	Prise de décision	3						●															B4
B5a à B5f	Signes d'état confusionnel	2	●																		●		B5a à B5f
B6	Changement de l'état cognitif	2	●																		●		B6
C1	Audition	1,2 ou 3				●																	C1
C4	Se faire comprendre	1,2 ou 3				●																	C4
C6	Comprendre les autres	1,2 ou 3		●		●																	C6
C7	Modification de la communication	2																			●		C7
D1	Vision	1,2,3			●																		D1
D2a	Problème de vision latérale	✓			●																		D2a
E1a à E1p	Signes de dépression, anxiété, tristesse	1,2									●												E1a à E1p
E1n	Mouvements répétitifs	1,2																			●		E1n
E1o	Abandon d'activité	1,2								●													E1o
E2	Persistance de troubles de l'humeur	1,2									●												E2
E3	Changement de l'humeur	2	●																		●		E3
E4aA	Déambulation	1,2 ou 3													●								E4aA
E4a(A)-E4e(A)	Troubles du comportement	1,2 ou 3										●											E4a(A)-E4e(A)
E5	Changement du comportement	1										●											E5
E5	Changement du comportement	2	●																		●		E5
F1d	Fixe ses propres objectifs	✓								●													F1d
F2a à F2d	Relations perturbées	✓								●													F2a à F2d
F3a	Forte identification à ses rôles antérieurs	✓								●													F3a
F3b	Perte de rôle	✓								●													F3b
F3c	Différence dans les occupations journalières	✓								●													F3c
G1a(A)-G1j(A)	Performance dans les AVQ	1,2,3,4					●																G1a(A)-G1j(A)
G1a(A)	Mobilité au lit	2,3,4,8																		●			G1a(A)
G2(A)	Bain	1,2,3,4					●																G2(A)
G3b	Équilibre en position assise	1,2,3																			●		G3b
G6a	Confiné au lit	✓																		●			G6a
G8a,b	Personnel croit résident capable	✓					●																G8a,b
H1a	Incontinence fécale	1,2,3,4																		●			H1a
H1b	Incontinence urinaire	2,3,4							●														H1b
H2b	Constipation	✓																			●		H2b
H2d	Fécalome	✓																			●		H2d
H3c,d,e	Usage de sonde	✓							●														H3c,d,e
H3g	Usage de protections	✓							●														H3g
I1i	Hypotension	✓																			●		I1i
I1j	Maladie vasculaire périphérique	✓																		●			I1j
I1ee	Dépression	✓																			●		I1ee

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

Légende : Pour le signalement d'un GAD

- ● = 1 item requis
- ❷ = 2 items requis
- * = 1 de ces 3 items accompagné *au minimum* de l'un des autres items
- (a) = quand les 2 types de signaux d'alarme d'AVQ sont présents, l'entretien prend le pas.

Lorsqu'un domaine d'intervention est signalé, reportez-vous au GAD correspondant.

Item MDS	Intitulé de l'item	Code	État confusionnel aigu (*delirium*)	Perte cognitive/démence	Fonction visuelle	Communication	(a) AVQ : Potentiel de réadaptation fonct.	(a)AVQ : Entretien	Incontinence urinaire/sonde à demeure	Bien-être psychosocial	Humeur	Problèmes de comportement	Occupations A : Modification du programme	Occupations B : Réexamen des Activités	Chutes	Etat nutritionnel	Alimentation par sonde	Déshydratation/équilibre liquidien	Soins dentaires	Escarres (ulcères de pression)	Usage de médicaments psychotropes	Contention physique	Item MDS
I1jj	Cataracte	✓			●																		I1jj
I1l1	Glaucome	✓			●																		I1l1
I2j	Infection urinaire	✓																●					I2j
I3	Diagnostic de déshydratation	E86																●					I3
J1c	Déshydratation	✓																●					J1c
J1d	Insuffisance de liquide	✓																●					J1d
J1f	Vertige, étourdissement	✓													●						●		J1f
J1h	Fièvre	✓																●					J1h
J1i	Hallucinations	✓																			●		J1i
J1j	Hémorragie interne	✓																●					J1j
J1k	Aspiration bronchique	✓																			●		J1k
J1m	Syncope	✓																			●		J1m
J1n	Démarche instable	✓																			●		J1n
J4a,b	Chutes	✓													●						●		J4a,b
J4c	Fracture de l'extrémité supérieure du fémur	✓																			●		J4c
K1b	Problème de déglutition	✓																			●		K1b
K1c	Douleur buccale	✓																	●				K1c
K3a	Perte de poids	1														●							K3a
K4a	Altération du goût	✓														●							K4a
K4c	Laisse 25 % de la nourriture	✓														●							K4c
K5a	Alimentation parentérale	✓														●		●					K5a
K5b	Alimentation par sonde	✓															●	●					K5b
K5c	Alimentation hachée/mixée	✓														●							K5c
K5d	Alimentation à la seringue	✓														●							K5d
K5e	Régime diététique	✓														●							K5e
L1a,c,d,e	Problème dentaire	✓																	●				L1a,c,d,e
L1f	Nettoyage quotidien des dents/prothèse	non ✓																	●				L1f
M2a	Ulcère de décubitus	2,3,4														●							M2a
M2a	Ulcère de décubitus	1,2,3,4																		●			M2a
M3	Antécédent d'ulcère de décubitus	1																		●			M3
M4e	Déficience tactile	✓																		●			M4e
N1a	Réveillé le matin	✓												❷									N1a
N2	Implication dans des occupations	0												❷									N2
N2	Implication dans des occupations	2,3											●										N2
N5a,b	Souhaite des changements dans les occupations quotidiennes	1,2											●										N5a,b
O4a	Neuroleptiques	1-7																			*		O4a
O4b	Anxiolytiques	1-7													●						*		O4b
O4c	Antidépresseurs	1-7													●						*		O4c
O4e	Diurétiques	1-7																●					O4e
P4c	Contention du tronc	1,2													●							●	P4c
P4c	Contention du tronc	2																		●			P4c
P4d	Contention des membres	1,2																				●	P4d
P4e	Attaché au fauteuil	1,2																				●	P4e

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

« Tableau d'alarme » pour les GAD 19 à 22

LÉGENDE : Pour le signalement d'un GAD

● = 1 item requis

❷ = 2 items requis

* = 1 de ces 3 items accompagné *au minimum* de l'un des autres items

(a) = quand les 2 types de signaux d'alarme d'AVQ sont présents, l'entretien prend le pas.

Lorsqu'un domaine d'intervention est signalé, reportez-vous au GAD correspondant.

Item MDS	Intitulé de l'item	Code	Douleur	Soins palliatifs	Maltraitance	Soins de la peau et des pieds	
J2a	Le résident se plaint ou montre qu'il a mal	1 ou 2	●				
J5c	Maladie en phase terminale (6 mois au plus à vivre)	✓		●			**J5c**
P1o	Soins palliatifs	✓		●			**P1o**
M4a, b ou f	Autres lésions de la peau	✓			●		**M4a, b ou f**
P4a, b, c, d, ou e	Contraintes physiques	1 ou 2			●		**P4a, b, c, d, ou e**
M4a,b,c,d,e,f,ou g	Tout problème gênant ou toute modification de la peau	au moins 1 ✓				●	**M4a,b,c,d,e,f,ou g**
M4c	Lésions ouvertes autres qu'ulcère	✓				●	**M4c**
M6	Problèmes des pieds (cors, callosités, etc.)	✓				●	**M6**

Remarque : les signaux d'alarme des GAD Douleur et Soins palliatifs sont identiques à ceux du *RAI-domicile version 2.0*. En revanche, pour les GAD Maltraitance et Soins de la peau et des pieds, le MDS-domicile contient des items plus détaillés que le MDS-institution. Pour ces deux GAD, les signaux d'alarme indiqués ci-dessus sont donc légèrement différents de ceux que l'on trouve dans le *RAI-domicile*. Leur spécificité est plus faible et conduit à un risque plus élevé de faux-positifs.

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

RECUEIL MINIMUM DE DONNÉES (MDS) VERSION 2.0
pour l'évaluation du résident en institution, en vue d'un plan d'intervention

FORMULAIRE DE SORTIE

SECTION AA. IDENTIFICATION

1	NOM DU RÉSIDENT	nom prénom
2	SEXE	1. masculin 2. féminin
3	DATE DE NAISSANCE	jour - mois - année
4	NATIONALITÉ	1. Nationalité du pays 2. (*code de réserve*) 3. (*code de réserve*) 4. (*code de réserve*) 5. Autre (en clair) .....
5	N° ASSURÉ SOCIAL (F) OU AVS (CH)	
6	ÉTABLISSEMENT	a. Code b. Nom
7	N°MUTUELLE (F) ou CAISSE MALADIE (CH)	
8	MOTIF DE L'ÉVALUATION	NOTE : les autres codes (a.1 à a.5) ne s'appliquent pas sur ce formulaire ***a. Motif de l'évaluation*** **6**. Sortie (pas de retour prévu) **7**. Sortie (retour prévu) **8**. Sortie avant l'achèvement de l'évaluation initiale
9	SIGNATURES DES PERSONNES AYANT REMPLI CES ITEMS	
.	a. Signature	Fonction Date
.	b. Signature	Fonction Date
	c. Signature	Fonction Date
	d. Signature	Fonction Date

ITEMS INDISPENSABLES POUR LE SUIVI DANS UN SYSTÈME INFORMATISÉ.

Section AB. INFORMATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

(À ne compléter que si le séjour a duré moins de 14 jours et que l'évaluation n'a pas été achevée **AA8 = 8)**

1	DATE D'ADMISSION	*Note : si le dossier a été fermé lors d'un transfert à l'hôpital ou d'une sortie provisoire, ne notez pas ici la date de réadmission, mais conservez la date de l'admission précédente* jour - mois - année
2	PROVENANCE (À L'ADMISSION)	**1.** Domicile privé sans soins à domicile **2.** Domicile privé avec soins à domicile **3.** « Résidence services » *(voir manuel)* **4.** Établissement de soins de longue durée, SCM(F), EMS(CH) **5.** Hôpital de soins aigus (court séjour) **6.** Établissement psychiatrique **7.** Établissement de suite, de réadaptation **8.** Autre

SECTION A. IDENTIFICATION ET INFORMATIONS DE BASE

6	N° DE DOSSIER MÉDICAL	

SECTION R. INFORMATION SUR LA SORTIE

3	TYPE DE SORTIE	*Codez la destination du résident après sa sortie* **1.** Domicile privé sans soins à domicile **2.** Domicile privé avec soins à domicile **3.** « Résidence services » *(voir manuel)* **4.** Établissement de soins de longue durée, SCM (F), EMS (CH) **5.** Hôpital de soins aigus (court séjour) **6.** Établissement psychiatrique **7.** Établissement de soins de suite, de réadaptation **8.** Décédé **9.** Autre ***b.*** *Code spécial (à disposition si besoin)*
4	DATE DE SORTIE	Date de la sortie ou du décès jour - mois - année

case vide = mettre le code adéquat

a. case avec lettre = cocher tout ce qui s'applique

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

RECUEIL MINIMUM DE DONNÉES (MDS) VERSION 2.0
pour l'évaluation du résident en institution, en vue d'un plan d'intervention

FORMULAIRE DE RÉADMISSION

SECTION AA. IDENTIFICATION GÉNÉRALE

1	NOM DU RÉSIDENT	nom prénom
2	SEXE	**1**. masculin **2**. féminin
3	DATE DE NAISSANCE	jour - mois - année
4	NATIONALITÉ	1. Nationalité du pays 2. *(code de réserve)* 3. *(code de réserve)* 4. *(code de réserve)* 5. Autre (en clair) .....
5	N° ASSURÉ SOCIAL (F) OU AVS (CH)	
6	ÉTABLISSEMENT	**a**. Code **b**. Nom
7	N° MUTUELLE (F) ou CAISSE MALADIE (CH)	
8	MOTIF DE L'ÉVALUATION	REMARQUE : les autres codes (a.1 à a.8) ne s'appliquent pas sur ce formulaire ***a. Motif de l'évaluation*** **9.** Réadmission
9	SIGNATURES DES PERSONNES AYANT REMPLI CES ITEMS	

a. Signature	Fonction	Date
b. Signature	Fonction	Date
c. Signature	Fonction	Date

ITEMS INDISPENSABLES POUR LE SUIVI DANS UN SYSTÈME INFORMATISÉ.

SECTION A. IDENTIFICATION (PROVENANCE)

4a	DATE DE RÉADMISSION	Date de réadmission jour - mois - année
4b	PROVENANCE (À LA RÉADMISSION)	**1.** Domicile privé sans soins à domicile **2.** Domicile privé avec soins à domicile **3.** « Résidence services » *(voir manuel)* **4.** Établissement de soins de longue durée, SCM(F), EMS (CH) **5.** Hôpital de soins aigus (court séjour) **6.** Établissement psychiatrique **7.** Établissement de soins de suite, de réadaptation **8** Autre
6	N° DE DOSSIER MÉDICAL	

case vide = mettre le code adéquat

a. case avec lettre = cocher tout ce qui s'applique

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

Nom et prénom : Identifiant : | | | | | | | | | |

Récapitulation des GAD repérés par le tableau d'alarme

Partie 1 : Domaines

	GAD	Résultat du MDS (repéré oui/non)	Confirmation par les soignants (présent/absent chez le résident)	Déjà pris en considération	À considérer en priorité	À considérer par la suite
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	État confusionnel aigu (*delirium*)					
2	Perte cognitive/démence					
3	Fonction visuelle					
4	Communication					
5	AVQ, potentiel de réadaptation					
6	Incontinence urinaire, sonde					
7	Bien-être psychosocial					
8	Troubles de l'humeur					
9	Problèmes de comportement					
10	Occupations					
11	Chutes					
12	État nutritionnel					
13	Alimentation par sonde					
14	Déshydratation/équilibre liquidien					
15	Soins dentaires					
16	Escarres					
17	Utilisation des psychotropes					
18	Contention physique					
19	Douleur					
20	Soins palliatifs					
21	Maltraitance					
22	Problèmes de la peau et des pieds					

Explications :

- **Colonne 3 :** remplie automatiquement par l'ordinateur dès qu'on entre les données d'un MDS (peut aussi être remplie à la main lorsque l'on n'a pas de logiciel adéquat).
- **Colonne 4 :** où l'équipe a la possibilité de critiquer et de confirmer ou non le résultat du tableau d'alarme :
  – problème repéré par le tableau d'alarme mais absent chez le résident (« faux positif ») ;
  – problème non repéré mais présent chez le résident (« faux négatif ») ;
  – problème non listé par les GAD mais présent chez le résidant (lignes blanches en bas de tableau).

  Il est important que l'équipe compare le résultat du tableau d'alarme avec sa propre perception de la situation, et se déclare d'accord avec, avant de débuter le plan de soins.
- **Colonne 5 :** problème (domaine) sur lequel l'équipe intervient déjà (si réévaluation).
- **Colonne 6 :** problème (domaine) que l'équipe considère comme prioritaire et/ou urgent pour le plan de soins.
- **Colonne 7 :** problème (domaine) que l'équipe considère comme moins prioritaire ou urgent ou qu'elle ne peut, faute de moyens, intégrer tout de suite dans son intervention (surcharge), et qui sera repris plus tard lorsque les problèmes prioritaires seront sous contrôle ou résolus.

Voir aussi : chapitre 4 (4.10.3) p. 206-207.

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

Nom et prénom : Identifiant : | | | | | | | | | | |

Récapitulation des GAD repérés par le tableau d'alarme

Partie 2 : Élaboration du plan de soins

GAD		Sources d'information utilisées	Pris en compte dans le plan de soins
(1)	(2)	(8)	(9)
1	État confusionnel aigu (*delirium*)		
2	Perte cognitive/démence		
3	Fonction visuelle		
4	Communication		
5	AVQ Potentiel de réadaptation		
6	Incontinence urinaire, sonde		
7	Bien-être psychosocial		
8	Troubles de l'humeur		
9	Problèmes de comportement		
10	Occupations		
11	Chutes		
12	État nutritionnel		
13	Alimentation par sonde		
14	Déshydratation/équilibre liquidien		
15	Soins dentaires		
16	Escarres		
17	Utilisation des psychotropes		
18	Contention physique		
19	Douleur		
20	Soins palliatifs		
21	Maltraitance		
22	Problèmes de la peau et des pieds		

B. Signatures

1. Coordination de la démarche RAI	2. Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
3. Décisions du plan de soins	4. Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

Supplément AVQ : évaluation des problèmes et objectifs possibles

Pour plus de détails, reportez-vous au GAD Activités de la vie quotidienne (AVQ), potentiel de réadaptation fonctionnelle (chap.6, p. 241).

Partie 1 : évaluation des problèmes

Instructions : pour les domaines qui ont été repérés par les signaux d'alarme, indiquez la ou les raisons de l'aide dans les domaines où une aide physique est requise.

Domaines / Motif	Habillage	Bain	WC	Déplacements	Transfert	Alimentation
Limitations mentales : problèmes d'enchaînement des séquences, actions incomplètes, limitations dues à l'anxiété, etc.						
Limitations physiques : faiblesse, limitation de l'amplitude des mouvements, mauvaise coordination, altération de la vision, douleur, etc.						
Facteurs institutionnels : philosophie de soin de l'établissement, règles, aménagement des lieux, etc.						

Partie 2 : objectifs possibles

Instructions : Ceci concerne les personnes pour lesquelles on envisage un traitement de **réadaptation** ou de **prévention** du déclin.

Si un fauteuil roulant est utilisé, cochez : ❑

Indiquez le genre d'activité spécifique pour laquelle on prévoit : **1**. des soins d'entretien pour prévenir une détérioration ; **2**. un traitement pour parvenir à un état fonctionnel optimum (en choisissant les capacités AVQ juste au-dessus de celles qu'il est actuellement capable d'accomplir ou auxquelles il participe).	Habillage	Bain	WC	Déplacement	Transfert	Alimentation
	Cherche / choisit / reçoit ses vêtements	Entre dans la douche / la baignoire	Va aux WC / chaise percée / prend l'urinal la nuit	Marche dans la chambre ou les environs ❑	Se met en position seul et se prépare au transfert	Ouvre / verse déballe / coupe, etc.
	Saisit ses vêtements et s'habille en haut et en bas	Ouvre le robinet, règle la température	Défait ses vêtements pour aller aux toilettes	Se déplace dans l'unité ❑	Se rend vers le lit / la chaise	Saisit les couverts et les tasses
	Peut manier les boutons, les agrafes et les fermetures éclair	Se savonne le corps (sauf le dos)	Indépendant pour le transfert / l'installation	Se déplace dans le bâtiment (prend l'ascenseur) ❑	Prépare le lit / la chaise (arrange les coussins, ouvre les couvertures)	Pèle les fruits / coupe sa nourriture, utilise les doigts si nécessaire
	Met ses vêtements dans un ordre correct	Se rince le corps	Élimine dans les toilettes	Se déplace à l'extérieur ❑	Fait le transfert (se lève, s'assied, se soulève, se tourne)	Mâche, boit, avale
	Saisit et repose chaque pièce de vêtement	Se sèche avec une serviette	Déchire le papier et s'essuie seul	Se déplace sur des surfaces irrégulières ❑	Se met en bonne position / s'arrange seul	Continue jusqu'à ce qu'il ait tout avalé
	Remet en place ses vêtements correctement	Autre	Tire la chasse	Autre ❑	Autre	Utilise sa serviette, s'essuie seul
	Autre		Remet ses vêtements, se lave les mains			Autre

© Copyright InterRAI Corp., Ann Arbor, MI, oct. 1995, trad. 2001, révisée 2002.

Annexe 3

Techniques d'entretien

Pour réaliser une évaluation fine et complète, l'évaluateur doit communiquer de façon efficace avec un bon nombre de personnes. Il vous est présenté ci-dessous des suggestions utiles pour obtenir de l'information de la part des résidents, du personnel et des familles des résidents. Il existe bien d'autres façons de rassembler des données et d'interroger, en particulier quand c'est toute une équipe qui le fait ; vous pourrez choisir celle qui convient pour votre établissement.

Dans le cadre de la démarche RAI, il existe quelques concepts généraux que vous devrez avoir présents à l'esprit lorsque vous interrogez quelqu'un pour obtenir des informations.

Premièrement, insistez auprès de toute personne que vous interrogerez (c'est-à-dire, résidents, familles ou membres du personnel) sur le fait que la démarche RAI est un moyen de « connaître le résident ». Vous pourrez expliquer que l'évaluation RAI fournit une information précieuse qui sera utilisée pour établir le plan de soins du résident. C'est une occasion de faire collaborer celui-ci, ainsi que sa famille, à l'élaboration de son propre plan de soins.

En second lieu, **soyez souple** sur la façon d'appliquer la démarche RAI avec chaque résident. Il n'est pas indispensable d'aborder les différentes dimensions de votre évaluation dans l'ordre exact des sections du MDS. *Le MDS n'est pas un questionnaire*. C'est un ensemble d'items et de définitions utiles pour l'évaluation. Il fournit un cadre pour enregistrer de façon systématique les informations que vous obtenez. Au cours de la démarche d'évaluation, *vous devez vous laisser guider par les besoins du résident.*

Pour réaliser les entretiens, vous pouvez, si vous le souhaitez et si cela vous convient, utiliser ces techniques générales :

- Pour obtenir des réponses complètement satisfaisantes, vous poserez les questions de façon neutre et non directive. Par exemple :
  - « Que voulez-vous dire ? »
  - « Expliquez-moi ce à quoi vous pensez ? »
  - « Dites-m'en plus à propos de cela. »
  - « Sil vous plaît, soyez plus précis. »
  - « Donnez-moi un exemple. »
- Répétez la question si vous pensez qu'elle a été mal comprise ou mal interprétée.
- Faites une pause ou ayez l'air d'hésiter pour montrer que vous écoutez et que vous avez besoin de davantage d'informations et de détails. Ceci est une technique efficace.

Annexe 4

Quelques médicaments communément prescrits. Principes actifs et noms déposés en France

NEUROLEPTIQUES	
Principe actif	*Nom déposé*
Chlorpromazine	Largactil®
Thioridazine	Melleril®
Perphénazine	Trilifan®
Loxapine	Loxapac®
Trifluopérazine	Terfluzine®
Fluphénazine	Moditen®
Halopéridol	Haldol®
Rispéridone	Risperdal®
Tiapride	Tiapridal®

ANTIDÉPRESSEURS	
Principe actif	*Nom déposé*
Antidépresseurs cycliques	
Imipramine	Tofranil®
Désipramine	Pertofran®
Doxépine	Quitaxon®
	Sinéquan®
Amitriptyline	Elavil®
	Laroxy®l
Nortriptyline	Motival®
Maprotiline	Ludiomil®
Amoxapine	Defanyl®
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine	
Fluoxétine	Prozac®
Paroxétine	Déroxat®
Fluvoxamine	Floxyfral®
Veniafaxine	Effexor®
Citalopram	Séropram®
Sertaline	Zoloft®
IMAO	Toloxatone Humoryl®
Autres	
Tianeptine	Stablon®

TRANQUILLISANTS ET HYPNOTIQUES	
Principe actif	*Nom déposé*
Benzodiazépines	
Oxazépam	Seresta®
Témazépam	Normison®
Lorazépam	Temesta®
Alprazolam	Xanax®
Chlorodiazépoxide	Librium®
Diazépam	Valium®
Clorazépate	Tranxène®
Nitrazépam	Mogadon®
Antihistaminiques	
Diphénhydramine	Benylin®
Hydroxyzine	Atarax®
	Agyrax®
Autres	
Buspirone	Buspar®
Miansérine	Athymil®

MALADIE D'ALZHEIMER	
Principe actif	*Nom déposé*
Tacrine	Cognex®
Donépézil	Aricept®
Rivastigmine	Exelon®
Galantamine	Reminyl®

HYPNOTIQUES	
Principe actif	*Nom déposé*
Estazolam	Nuctalon
Témazépam	Normison
Butobarbital	Hypnasmine
Doxylamine	Donormyl
Triazolam	Halcion
Loprazolam	Havlane
Zolpidem	Ivadal
Zopiclone	Imovane
Nitrazépam	Mogadon
Lormétazépam	Noctamide
Acépromazine	Noctran
Acéprométazine + méprobamate	Noctran, Mépronizine
Niaprazine	Nopron
Prométazine	Phénergan
Flunitrazépam	Rohypnol

DIURÉTIQUES	
Principe actif	*Nom déposé*
Spironolactone	Aldactone Flumach Practon Gé Spiroctan Spironolactone Spironone *Aldactazine* *Aldalix Practazin* *Pricactizide* *Spiroctazine*
Méthyclothiazide	Isobar
Bumétanide	Burinex
Acétazolamide	Défiltran Diamox
Triamtérène	*Aldactazine*
Méthyclothiazide	Isobar
Hydrochlorothiazide	Esidrex
Hydrochlorothiazide	*Aculix, Briazide Captéa,* *Cibadrex Co-Rénitec* *Cotareg* *Ecazide Foirétic* *Hyzaar Korétic* *Moducren Modurétic* *Nisisco Prestole* *Prinzide Zestoretic*
Chlorthalidone	Hygroton *Logroton* *Trasitensine*
Furosémide	Lasilix
Indapamide	Fludex *Bipreterax* *Preterax*
Amiloride	Modamine *Logirène* *Moducren Modurétic*

Annexe 5

Échelle de performance cognitive *« Cognitive Performance Scale »* (CPS) [1]

Cette échelle a été standardisée dans les populations de résidents des institutions de soins de longue durée. C'est une échelle hiérarchique suivant le modèle du *« Mini Mental Status » (MMS)*.

5.1. Les items du MDS version 2.0 utilisés

Ils comprennent :

● la mémoire à court terme	**B2a**
● la capacité à prendre des décisions pour la vie quotidienne	**B4**
● se faire comprendre	**C4**
● coma	**B1**
● dépendance totale pour manger	**G1hA**

5.2. Construction de l'échelle

Elle est construite avec les règles de codage suivantes :

PREMIÈRE QUESTION : Le résident est-il dans le coma ?

- Si oui (B1 = 1) → il a une **DÉFICIENCE COGNITIVE TRÈS SÉVÈRE (6)**
- Si non :

DEUXIÈME QUESTION : Quelle est sa capacité à prendre les décisions courantes ?

⇨ S'il est sévèrement déficient, (B4 = 3) ***Est-il complètement dépendant pour s'alimenter*** ?

- Si oui (G1hA = 4) → il a une **DÉFICIENCE COGNITIVE TRÈS SÉVÈRE (6)**
- Si non (G1hA = 0 à 3) → il a une **DÉFICIENCE COGNITIVE SÉVÈRE (5)**

⇨ S'il n'est pas sévèrement déficient, (B4 = 0 à 2) ***Combien a-t-il de déficiences concernant :***

– *la mémoire à court terme* B2a = 1
– *ou la capacité à se faire comprendre* C4 = 1à 3
– *ou la prise de décision courante* B4 = 1, 2

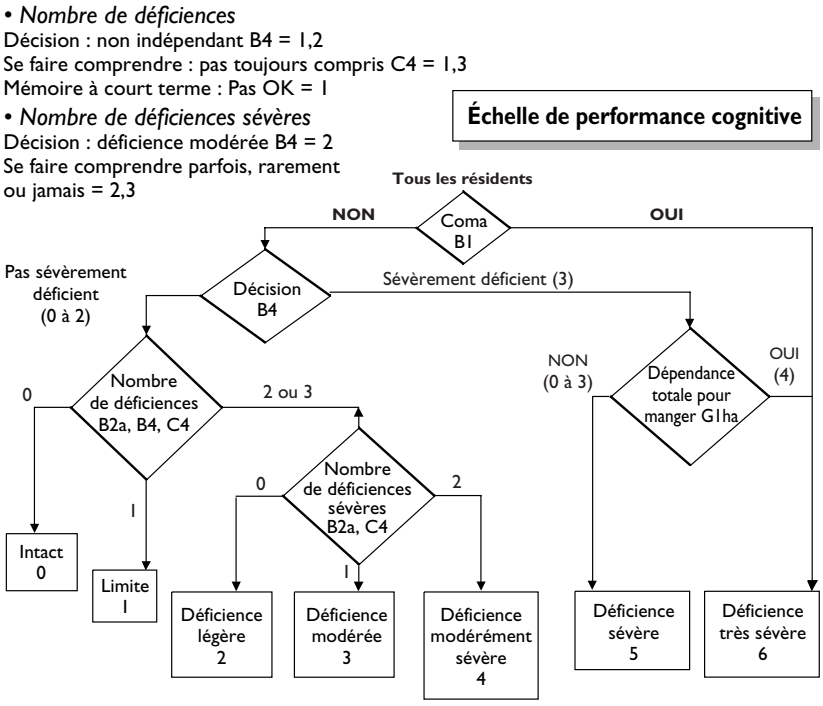
- *S'il n'en a aucune* (B2a = 0, C4 = 0, B4 = 0) → il est **INDEMNE DE TOUTE DÉFICIENCE COGNITIVE (0)**
- *S'il en a une* (B2a = 1 ou C4 = 1à 3 ou B4 = 1 ou 2) → ses **CAPACITÉS COGNITIVES** SONT **LIMITES (1)**

1. Cf. Morris J.N., Fries B.F. *et al.* MDS Performance Scale. *J. Gerontology ;* 1994, 49, m174-m182.

- *S'il en a 2 ou 3,* ***combien a-t-il de déficiences sévères concernant :***
  – *la capacité à se faire comprendre* (C4 = 2 OU 3)
  – *la prise de décision courante* (B4 = 2)
  - S'il *n'en a aucune* ⟶ il a une **LÉGÈRE DÉFICIENCE COGNITIVE (2)**
  - S'il en a *une* ⟶ il a une **DÉFICIENCE COGNITIVE MODÉRÉE (3)**
  - S'il en a *2* ⟶ il a une **DÉFICIENCE COGNITIVE MODÉRÉMENT SÉVÈRE (4)**

5.3. Algorithme

Il est présenté dans le schéma suivant :



5.4. Correspondance entre l'échelle de performance cognitive (CPS) et le MMS

Échantillon de 599 résidents en institution évalués à la fois selon la CPS et le MMS [1]

Échelle CPS Niveaux	Test du MMS Score moyen [1]
0 Intact	24,9
1 Limite	21,9
2 Déficience légère	19,2
3 Déficience modérée	15,4
4 Déficience modérément sévère	6,9
5 Déficience sévère	5,1
6 Déficience très sévère	0,4

1. Le score du MMS s'étend de 30 à 0.

Annexe 6

Sources d'informations sur le RAI et indications bibliographiques

6.1. Quelques références bibliographiques sur le RAI

A. En anglais

Morris John N., Hawes Catherine, Fries Brant E., Phillips Charles D., Mor Vincent, Katz Sidney, Murphy Katharine, Drugovich Margaret L., Friedlob Alan S. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes, *The Gerontologist, 1990, vol. 30, n° 3, 293-302*.

Article princeps exposant la genèse du RAI, ses objectifs et sa validation.

Fries B.E. Schneider D.P., Foley W.E., *et al.* Refining a case-mix measure for nursing home. Resource Utilization Groups (RUG-III). *Med. Care,* 1994 ; 32 : 668-85.

Karon S.L., Zimmerman D. Using Indicators to Structure Quality Improvement Initiative in Long Term Care. *Quality Management in Health Care,* 1996 ; 4 (3): 54-66.

Mor V., Branco K., Fleishman J., *et al.* The structures of social engagement among nursing home residents. *J. Gerontol : Psychol Sci*, 1995 : 50 : P1-P8.

Morris J.N., Fries B.E., Morris S.A., Scaling ADLs Within the MDS. *J. Gerontol : Med. Sci,* 1999, 54A : 11-M546-M533.

Morris J.N., Fries B.E., Mehr D.R., *et al.* MDS cognitive performance scale. J. *Gerontol : Med Sci,* 1994 : 49 : M174-M182.

B. En français

Henrard J.-C., Cérase-Feurra V., Ankri J. Intérêt du Resident Assessment Instrument (RAI) pour l'évaluation de la qualité des soins de longue durée. *La Revue de Gériatrie,* 2000, 25 (4), 231-242.

Henrard J.-C., Cérase-Feurra V., Garreau H., De Stampa M., Gardent H. Les applications de la démarche RAI en France. *L'année gérontologique ;* 2000, 14 :1, 12-23.

Cérase-Feurra V. Qualité des soins de longue durée : contribution de la démarche du Resident Assessment Instrument appliquée aux résidents âgés. Mémoire de DEA. Université René-Descartes Paris-V, 1999.

6.2. Sources des données épidémiologiques françaises incluses dans ce manuel

Enquête Incapacité dépendance handicaps (HID) de l'INSEE
Enquête Personnes âgées vivant en institution (PAVIN), sous-projet de PAQUID.

6.3. Sites Internet

Site officiel : www.interrai.org

www.interrai.providence.on.ca	(Canada)
www.inserm.fr/age	(France)
www.rai.ch	(Suisse)
www.chsra.wisc.edu	(Wisconsin)
www.swerai.org	(Suède)
www.swerai.org	(United Kingdo)
www.nordrai.org	(Groupe des pays nordiques : Islande, Finlande, Norvège, Suède)

Annexe 7

Index par thèmes

Mot clé	MDS	Page
Accident	J-4	129
Activités (*voir Occupations*)		
Activités de la vie quotidienne *(voir AVQ)*		
Admission *(voir aussi évaluation, information de base)*		
- en service d'urgences	P-6	154
- provenance au moment de l'admission	AB-2	47
Aide technique (= Moyen auxiliaire)		
- pour la communication	C-2	72
- pour la vision	D-3	77
Aide-soignante		
- rôle du personnel au contact direct du résident		214
Alimentation		
- parentérale ou externe	K-6	133, 282
- performance	GAh	90, 100
- aide donnée	GBh	95, 100
- problèmes d'alimentation	K-4	132
- type d'alimentation	K-5	132, 279
Amélioration *(voir changement significatif, modification)*		
Amplitude du mouvement		
- limitation fonctionnelle	G4 (A)	106, 150
- perte du mouvement volontaire	G4 (B)	107
- test		106
Anxiété (dépression ou tristesse)	E-1	78, 259
Application du RAI aux séjours brefs		15
Approche holistique (globale)		3, 9, 212
Archivage *(voir informatisation)*		25
Audition	C-1	72
- aide technique pour	C-2	72
- modification		75
AVQ *(= Activités de la vie quotidienne)*		
- aide donnée pour les AVQ	G(1) B	95
- changement de l'état fonctionnel lié aux AVQ	G-9	112
- exemple de codage		96-100
- performance pour les AVQ	G(1) A	89
Bain/douche	G-2	54, 102
Blessure *(voir lésions)*		
Bouche		
- dents	L-1	135
- état buccal et prévention	L-1	135, 291
- problèmes de	K-1	130
Calendrier des évaluations		16
Case-mix (RUG)		35, 159

Mot clé	MDS	Page
Changement		
- communication	C-7	75
- continence urinaire	H-4	116
- dans l'état cognitif	B-6	70
- de comportement	E-5	83
- de l'audition	C7	75
- de l'état fonctionnel lié aux AVQ	G-9	112
- de l'humeur	E	80
- global en besoin de soins	Q-2	157
Changement significatif		
- amélioration		20
- changement significatif ou non ?		21
- critères de définition		19, 62
- déclin		19
- définition		18
- évaluation pour	A.8	20
- exemples		83, 54
Chutes	J-4	129, 187, 274 *et sq.*
CIM *(voir Classification internationale des maladies)*		
Classification internationale des maladies (codes)	I-1	121
Clés de lecture des GAD (section IV)		177
Clignotant *(voir Signaux d'alarme)*		
Codage		
- activités de la vie quotidienne	G-1	241 *et sq.*
- conventions de		30, 180
- de l'aide donnée pour les AVQ	G-1(B)	96
- de la performance pour les AVQ	G-1 (A)	92
- du MDS		29
- modification significative dans le		29
Code		
- CIM	I-1	121
- CIP		165
- établissement	AA-6	43
Coma	B-1	66
Communication		
- aides technique (moyens auxiliaires)	C-2	72
- communication facilitée par le RAI		9, 158, 183, 209, 212, 214
- communication/audition (changement)	C-7	75
- et entre professionnels de soins		11, 28
- et famille		29
- et médecins		28
- et résident *(voir entretien)*		
Comportement *(voir aussi humeur)*		
- changement dans le comportement	E-5	83
- problématique	E-4	81, 280
Confidentialité des dossiers *(voir aussi Informatisation)*		25
Contention	P-4	147, 316
Continence		
- changement	H-4	116
- continence fécale *(élimination des selles)*	H-2	115
- continence urinaire	H-1	113, 186, 247

Mot clé	MDS	Page
- évaluation	H-4	189, 247
- moyens et programmes	H-3	116
Conventions de codage *(voir codage)*		
Coordinateur		
- certification de l'achèvement de l'évaluation		25
- signature	AD (a)	25
Corrections *(erreurs)*		29
CPS *(Cognitive Performance Scale) Échelle de performance cognitive*		362
Date		
- d'entrée	AB-1	46
- de naissance	AA-3	42
- de réadmission	A-4	58
- de référence pour l'évaluation	A-3	17, 56, 58
Déclin *(voir changement significatif)*		
- Déclin évitable		176
Délirium *(voir état confusionnel aigu)*		
Démarche de soins *(voir aussi : plan de soins, planification des soins)*		
- identification de problèmes		9
- modèle de résolution de problème		10
Démarche RAI		13
Déplacement (mode de)	G-5	108
(voir aussi AVQ, épisode de marche indépendante)		
Dépression *(anxiété, tristesse)*	E-1	77, 249, 259, 262
Dossier (médical, du résident)		
- source d'information		26
Douleur		
- fréquence et intensité	J-2	126, 313
- site (lieu)	J-3	128
Échelle de performance cognitive *(CPS)*		362
Élimination des selles (*voir continence fécale*)		
Entretien (avec le résident)		27, 357
(voir aussi potentiel de réadaptation)		
Épisode de marche indépendante	T-2	161 *et sq.*
Équilibre (test de l')	G-3	103
Équipe interdisciplinaire (pluriprofessionnelle)		
- et planification des soins		214
- et procédure d'évaluation		24
Escarre *(voir ulcère)*		
État		
- cognitif	B	65, 224-233
- comateux *(voir coma)*		
- confusionnel aigu	B-5	69, 218, 249
- fonctionnel (évaluation)	A-R	chapitre 3
- buccal et nutritionnel	K	130
Évaluation		
- calendrier		16
- complémentaire (autre que le RAI)		15, 190
- date d'achèvement		159
- date de référence pour l'évaluation	A-3	56, 28
- formulaires officiels		35, 331
- globale		14
- informations relatives à l'évaluation	R	158

Mot clé	MDS	Page
- modèle d'identification de problème		10
- participants à l'évaluation (signature)	R-1	159
- retour/ réadmission		22, 353
- types d'		16
Évaluation trimestrielle		
- définition		22
- formulaire abrégé		343
- formulaire complet		346
- liste des items obligatoires		23
Expression (modes d')	C-3	73
- clarté du langage	C-5	74
- comprendre les autres	C-6	74
- se faire comprendre	C-4	75, 242, 280
Facultés cognitives pour les décisions courantes	B-4	68, 326
Famille		
- et élaboration du plan de soins		11, 24
- communication avec		25
- source d'information pour l'évaluation		29, 210, 214
Fécalome		115, 186, 248
Formulaire		
- Formulaire Informations de base à d'admission	AA	36,46,333
- Formulaire papier		27
- Formulaires (officiels)		35, 331
GAD *(voir Guide d'analyse par problème)*		
Guide d'analyse par problème (GAD)		
- aide à la décision		175
- calendrier		188
- définition		12
- étapes		179
- liste des		217 *et sq.* (chapitre 6)
- présentation et utilisation		chapitre 4
- questions fréquemment posées		188
- recherche de documentation		
- structure		176
- utilisation pour chaque évaluation complète		14
Habitudes de vie *(voir aussi occupations)*		
- avant l'admission	AB-3	52
Historique santé mentale	AB9	51
Hôpital (séjour à l')	AB-2, P-5	47, 153
Humeur *(voir aussi comportement, anxiété)*		
- changement dans l'état de	E-3	80
- persistance de	E-2	79
- programme d'intervention	P-2	149
- triste (dépression, anxiété)	E-1	78, 259
Identification (formulaire)	AA	35, 42, 332
Identification sociodémographique	AB	42, 46
- formulaire	AB	333
Impact/effets du RAI		10
Infections	I-2	122
Informations de base à l'admission	(AB), (AC), (AD)	52
- formulaire		333

Mot clé	MDS	Page
Informatisation *(voir aussi codage)*		
- et archivage		25
- et formulaires		25
- et corrections		29
- et tableau d'alarme		180
Injections	O-3	144
Institution *(voir Séjours antérieurs en institution, application du RAI, hôpital)*		
Laboratoire (valeurs anormales)	P-9	155
Langage (Clarté du)	C-5	74
Langue (Langage)	AB-8	50
(voir aussi soins de la bouche)		
Lésions (blessures)	M-4	138, 321, 325
Locomotion *(voir déplacement)*		
Maladies *(diagnostics médicaux)*	I-1	117
Maltraitance		321
MDS *(Minimum de données standardisées)*		
- comment se familiariser avec		39-40
- formulaire		35
- présentation de chaque item		56-172
- section A Identification informations générales	A	56
- section B État cognitif	B	65
- section C Communication et audition	C	71
- section D Vision	D	76
- section E Humeur et comportement	E	77
- section F Bien-être psycho-social	F	85
- section G Problèmes physiques et fonctionnels	G	89
- section H Continence	H	113
- section I Diagnostics médicaux	I	117
- section J Problèmes de santé	J	124
- section K État buccal et nutritionnel	K	130
- section L État bucco-dentaire	L	135
- section M Problèmes de peau	M	135
- section N Occupations	N	140
- section O Médicaments	O	143
- section P Procédures et traitements spéciaux	P	146
- section R Informations relatives à l'évaluation	R	158
- section T (pour RUG)	T	160
- section U Médicaments (pour RUG)	U	164
- utilisation du guide « item par item » (chapitre 3)		39
Médecin		
- participation à la démarche RAI		24, 28
- prescriptions pour soins immédiats		9, 25, 28, 192
- prescriptions	P-8	155
- sources d'information pour le MDS		25
- visites	P-7	154
Médicaments		
- case-mix (RUG)	U	164
- médicaments couramment prescrits		360
- nombre de jours	O-4	144
- nombre	O-1	143
- nouvelle prescription	O-2	144, 249
Mémoire *(voir aussi état cognitif)*		
- court terme, long terme, capacité de se souvenir	B-2, B-3	66, 67, 109, 226

Mot clé	MDS	Page
Minimum de données standardisées *(voir MDS)*		
Mode de vie avant l'admission	AB-3	48
Modèle de résolution de problème		10
Modification *(voir amélioration, audition, changement, déclin, humeur, correction des erreurs, MDS)*		
Motif de l'évaluation	AA-8,A-8	43, 59
Moyens auxiliaires et programmes *(voir aide techniques)*		
Nationalité	AA-4	42
Niveau de formation (*voir scolarité*)		
Numéro		
- chambre	A-2	56
- Mutuelle (F) Caisse maladie CH)	AA-7	43
- Sécurité sociale (F) AVS (CH)	AA-5	42
Objectif *(voir plan de soins, début de chaque GAD, de la présentation de chaque item)*		chapitre 6
OBRA 1987		13
Occupations *(voir activités)*		
Peau		
- problèmes de	M-4	135, 138, 325
- traitement	M-5	139, 325
Performance *(voir activités de la vie quotidienne, transfert)*		
Pieds (problèmes et soins)	M-6	140, 325
Plan de soins *(voir aussi planification des soins) (voir équipe pluriprofessionnelle)*		
- bonnes pratiques professionnelles		209, 213
- calendrier		210
- déclins évitables		212
- définition des objectifs		211
- déroulement de l'élaboration		184, 186, 210
- domaines de plan de soins en établissements de soins de longue durée		215
- exemple		191
- identification (résolution) de problème		10
- immédiat (à l'arrivée)		17, 33, 186
- le rôle du personnel au contact direct du résident		28, 210, 214
- palliatif		316
- questions diverses sur le		188 *et sq.*
- résultats mesurables		212
- révision		15, 210
Planification des soins *(voir aussi plan de soins)*		
- vue générale		209
Poids	K-2	131, 278
Potentiel de réadaptation (AVQ)	G-8	111, 241
- évaluation	G-8	245
- type de signaux d'alarme	G-8	182, 242
Préférences du résidant *(voir aussi souhaits, refus)*		175, 210
Prévention de problèmes (type de signal d'alarme)		182
Prise de décision *(voir aussi état cognitif, responsabilité légale, refus de traitement)*		
- à partir de l'étude des GAD		183
- démarche		10
- et récapitulation des GAD		206, 207
Problèmes		
- de bouche	K-1	130
- de santé	J-1	124
- de santé (stabilité des)	J-5	129
- potentiels (type de signal d'alarme)		182

Mot clé	MDS	Page
Profession antérieure	AB-6	49
Programme d'intervention		
- pour humeur, comportement	P-2	149, 77 *et sq.*
- pour incontinence	P2	149, 247
- pour perte cognitive	P-2	149
Qualité		
- des soins		209, 212, 214
- des soins, de vie		3, 209
RAI *(voir Resident Assessment Instrument)*		
Réadaptation (*voir Potentiel de, Soins infirmiers de)*		
Réadmission		
- (date de)		36
- formulaire de réadmission		36,355
Récapitulation (résumé) des GAD pointés		
- aide à la décision pour le plan de soins		357
- emplacement des documents de l'évaluation		184
- formulaire		356, 357
- signaux d'alarme d'identification de problème		44, 174
Refus de traitement		211, 213
Relations perturbées *(voir aussi humeur, comportement)*	F-2	86, 263
Résident		
- points forts		11, 212
- souhaits		213
Resident Assessment Instrument (RAI)		
- origine		13, 364
- autres instruments RAI		8, 13
Responsabilité légale	A9	62
Retard mental	AA-9	62
Retour *(voir réadmission)*	AA-10	51
- prévu, non prévu *(voir aussi réadmission)*		
- motif		60
Rôles (sociaux) antérieurs	F-3	88
Scolarité	AB-7	50
Segmentation des tâches	G-7	109, 110
Séjour		
- à l'hôpital	P-5	47, 58, 153
- antérieurs en institution	AB-5	49
- bref (applicabilité du RAI)		15
Signature		
- des participants à l'évaluation	AD(b-g), R-2	55, 159
- du coordinateur	AD (a)	55, 159
- exactitude et achèvement		25, 159
- formulaires		45, 55, 159, 189
Signaux d'alarme *(voir aussi Tableau d'alarme)*		
- définition		177, 179
- faux-positifs		182
- où les trouver ?		179
- prévention de problème		182
- section II des GAD		177
- types d'indication, légende		180
Soins		
- soins infirmiers de réadaptation aux AVQ	P-3	147-149, 151

Mot clé	MDS	Page
Soins palliatifs		316
Sortie		
- formulaire		36, 354
- perspectives de	Q-1	156
Souhaits du résident *(voir aussi préférences, résident)*		
- de changement dans les activités	N-5	142
Sources d'information		
- aide soignantes		26
- dossier du résident		29
- équipe pluriprofessionnelle (multidisciplinaire)		28
- famille		29
- médecin		26
- observation du résident		27
- pour remplir le MDS		26
Sources de paiement	A-7	58-59
Tableau d'alarme *(voir aussi signaux d'alarme)*		
- présentation		12
- utilisation		180
Taille	K-2	131
Temps		
- d'activité	N-2	141
- d'éveil	N-1	140
Thérapies	P	299
- occupationnelle	T-1(a)	160
- prescrites	T-1(b)	160
Traitements *(voir aussi médicaments)*		
- procédures spéciales et programmes	P-1	146, 160
Transfert		
modes de	G-6	109
performance	GAb	92, 97
Troubles du comportement *(voir comportement)*		
Types		
- d'évaluation *(voir évaluation)*		
- d'ulcère *(voir ulcère)*		
- de signaux d'alarme *(voir signaux d'alarme)*		
Ulcères		
- antécédents	M-3	137, 186
- définition et nombre	M-1	136
- type	M-2	137
Utilisation du manuel (suggestions pour)		12
Validation		
- de l'exactitude de la démarche RAI	B2	25
Vie quotidienne *(voir aussi activités, AVQ, habitudes de vie)*		
- habitudes (désir de changement)	N-5	142
Vision	D-1	77
- aides techniques à la	D-3	77
- limitations/ difficultés	D-2	77
Volontés exprimées	A-10	63

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire 3

Remerciements 4

Préface à l'édition française de la version 1.0 du RAI 5
Préface à l'édition française de la version 2.0 du RAI 7

CHAPITRE 1
Vue générale du RAI

1.1. Présentation générale des éléments du RAI 9
1.2. Suggestions pour l'utilisation de ce manuel 12

CHAPITRE 2
Utilisation du RAI
Procédures et suggestions pour l'intégration dans la pratique clinique

2.1. Bases et utilisation réglementaires aux États-Unis 13
2.2. Contenu du RAI 13
2.3. À quels résidents le RAI est-il applicable ? 15
2.4. Types d'évaluation et calendrier 16
2.4.1. Évaluation à l'admission (évaluation initiale) 16
2.4.2. Évaluation annuelle 18
2.4.3. Évaluation pour changement significatif 18
2.4.4. Évaluation lors d'une réadmission 22
2.4.5. Évaluation trimestrielle 22
2.5. Validation à la fin de la démarche RAI 24
2.5.1. Participants à la démarche RAI 24
2.5.2. Valider l'achèvement et l'exactitude de la démarche 25
2.5.3. Archivage du RAI 25
2.6. Quelles sources d'information utiliser pour réaliser la démarche RAI ? 26
2.6.1. Examen du dossier du résident 26
2.6.2. Contacts avec le résident et observation 27
2.6.3. Contacts avec les membres du personnel proches du résident 28
2.6.4. Contacts avec les autres personnels soignants 28
2.6.5. Contacts avec le médecin traitant 28
2.6.6. Contacts avec la famille du résident 29
2.7. Remplissage du formulaire MDS/Codage et correction des erreurs 29
2.7.1. Règles pour le codage du MDS 29
2.7.2. Corrections des erreurs 29
2.8. GAD et plan de soins 32
2.8.1. Introduction aux GAD 32
2.8.2. Liaison du MDS et des GAD avec la formulation du plan de soins 32
2.8.3. Rédaction du plan de soins 33

CHAPITRE 3
Commentaire point par point du MDS version 2.0

3.1. Types d'évaluation et formulaires correspondants 35
3.2. Vue générale de ce chapitre 39
3.3. Comment utiliser ce chapitre ? 39
3.4. Quelle est la structure standard de ce chapitre ? 41
3.5. Instructions item par item pour le formulaire du MDS 41

Formulaire d'identification 42
Section AA. Identification 42

Informations de base à l'admission 46
Section AB. Identification sociodémographique 46
Section AC. Habitudes de vie 52
Section AD. Signature du formulaire « informations de base à l'admission » 55

MDS
Section A. Identification et informations générales 56
Section B. État cognitif 65
Section C. Communication/audition 71
Section D. Vision 76
Section E. Humeur et comportement 77
Section F. Bien-être psychosocial 85
Section G. Problèmes physiques et fonctionnels 89
Section H. Continence durant les 14 derniers jours 113
Section I. Diagnostics médicaux 117
Section J. Problèmes de santé 124
Section K. État buccal et nutritionnel 130
Section L. État bucco-dentaire 135
Section M. Problèmes de peau 135
Section N. Occupations 140
Section O. Médicaments 143
Section P. Procédures et traitements spéciaux 146
Section Q. Perspectives de sortie et état général 156
Section R. Informations relatives à l'évaluation 158
Section S. Section réservée 159
Section T. Items supplémentaires pour *Case-mix* version 2.0 160
Section U. Médicaments 164

CHAPITRE 4
Consignes pour l'utilisation des guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD)

4.1. Qu'est-ce qu'un GAD ? 175
4.2. Quelle est la structure d'un GAD ? 176
4.3. Quelle démarche le GAD implique-t-il ? 178
4.4. Procédure GAD. Étape 1 : identification par les signaux d'alarme d'un besoin d'approfondissement de l'évaluation 179
4.4.1. Définition des signaux d'alarme 179
4.4.2. Pour identifier les GAD « pointés » à l'aide du « Tableau d'alarme » 180
4.5. Procédure GAD. Étape 2 : examen du résident pour lequel des domaines d'intervention ont été repérés 183

4.6. Procédure GAD. Étapes 3 et 4 : prise de décision et documentation des conclusions du GAD 183
4.7. Procédure GAD. Étape 5 : développement ou révision du plan de soins 188
4.8. Questions fréquemment posées sur les GAD 188
4.9. Quand le RAI n'est-il pas suffisant ? 190
4.10. Exemple : MDS, GAD et planification des soins 191
4.10.1. Procédure d'évaluation 191
4.10.2. Rédaction de l'ensemble des informations 194
4.10.3. Approfondissement de l'évaluation à l'aide des « Recommandations » 204
4.10.4. Plan de soins 208

CHAPITRE 5
De l'évaluation au plan de soins individualisé

5.1. Vue d'ensemble du RAI et planification des soins 209
5.2. Le processus de planification des soins 212

CHAPITRE 6
Les guides d'analyse par domaine d'intervention (GAD)

GAD 1. État confusionnel aigu (*delirium*) 218
GAD 2. Perte cognitive/démence 224
GAD 3. Fonction visuelle 234
GAD 4. Communication 238
GAD 5. Activités de la vie quotidienne (AVQ), potentiel de réadaptation fonctionnelle 241
GAD 6. Incontinence urinaire et sonde à demeure 247
GAD 7. Bien-être psychosocial 256
GAD 8. Troubles de l'humeur 259
GAD 9. Problèmes de comportement 263
GAD 10. Occupations 269
GAD 11. Chutes 274
GAD 12. État nutritionnel 278
GAD 13. Alimentation par sonde 282
GAD 14. Déshydratation, équilibre liquidien 287
GAD 15. Soins dentaires 291
GAD 16. Escarres 296
GAD 17. Utilisation des psychotropes 299
GAD 18. Contention physique 308
GAD 19. Douleur 313
GAD 20. Soins palliatifs 316
GAD 21. Maltraitance 321
GAD 22. Problèmes de la peau et des pieds 325

ANNEXES

Annexe 1. Liste des personnes ayant contribué à la traduction française de ce manuel 330
Annexe 2. Les formulaires 331
2.1. Formulaire d'identification 332
2.2. Informations de base à l'admission 333
2.3. MDS complet 334
2.4. MDS trimestriel *(version courte)* 343

2.5. MDS trimestriel *(version complète)* 346
2.6. Tableau d'alarme 351
2.7. Formulaire de sortie 354
2.8. Formulaire de réadmission 355
2.9. Récapitulation des GAD 357
2.10. Supplément AVQ : évaluation des problèmes et objectifs possibles 358
Annexe 3. Techniques d'entretien 359
Annexe 4. Quelques médicaments communément prescrits. Principes actifs et noms déposés en France 360
Annexe 5. Échelle de performance cognitive, « *Cognitive Perfomance Scale* » (CPS) 362
Annexe 6. Sources d'information sur le RAI et indications bibliographiques 364
Annexe 7. Index par thèmes 365

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : Types d'évaluation et calendrier 16
TABLEAU 2 : Items fondamentaux du MDS inclus dans l'évaluation trimestrielle 23
TABLEAU 3 : Conventions de codage du MDS 30
TABLEAU 4 : Les formulaires du RAI version 2.0 selon le type d'évaluation 37
TABLEAU 5 : Contenu des différents formulaires du RAI version 2.0 38
TABLEAU 6 : Codes des CIM-9 et 10 pour les maladies listées à la section I1 121
TABLEAU 7 : Médicaments avec effets secondaires possibles sur l'état cognitif 230
TABLEAU 8 : Évaluation des problèmes et objectifs possibles 245

Liste des schémas

SCHÉMA 1 : La démarche RAI 14
SCHÉMA 2 : Échelle de performance pour les AVQ 94
SCHÉMA 3 : Schéma d'étiologie des démences 232
SCHÉMA 4 : Potentiel de réadaptation ou prévention des complications (entretien) 243